



SCUOLA DELL'INFANZIA
" GIOVANNI PAOLO II "
Via S. Filastro 15
Frazione Provezze
25050 Provaglio d'Iseo - BS

C.F. 80017890171
P.I. 01760140176
☎ 030/4191833 - Mob. 3318000526
mail - asiloprovezze@libero.it
web - www.scuolainfanziaprovezze.it

Scuola Materna Paritaria aderente alla F.I.S.M. – Federazione Italiana Scuole Materne – Decreto n. 2286 del 28/02/2001

Richiesta di iscrizione alla scuola dell'infanzia
anno scolastico 2024/2025
(modulo da riconsegnare entro il 02/02/2024)

Il sottoscritto _____ in qualità di padre madre tutore

del/della bambino/a _____ maschio femmina

nato a _____ Provincia di _____ il _____

cittadino italiano (specificare)

residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale del bambino/a _____

Dati anagrafici del padre | Nome _____ | Cognome _____

nato a _____ Provincia di _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Informazioni utili per contattare il genitore in caso di necessità:

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

Dati anagrafici della madre | Nome _____ | Cognome _____

nata a _____ Provincia di _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Informazioni utili per contattare il genitore in caso di necessità:

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

ALTRI NUMERI DI TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA'

Nominativo

numero telefono

.....

.....

.....

.....

Chiede l'iscrizione del bambino per l'anno scolastico 2023/2024

Sezione bilingue **sezione ad orientamento linguistico**

con la seguente modalità

<input type="checkbox"/> tempo base (8,00/16,00)	<input type="checkbox"/> prolungato fino alle 17,00	<input type="checkbox"/> prolungato fino alle 18,00
--	--	---

Chiede inoltre di usufruire di

Entrata anticipata (dalle ore 7,30 alle ore 8,00)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
---	-----------------------------	-----------------------------

Il bambino/la bambina è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> si (allegare libretto vaccinazioni)	<input type="checkbox"/> no (allegare note giustificative)
--	--	--

Il sottoscritto si impegna a versare la retta di frequenza

<input type="checkbox"/> mediante bonifico bancario presso la Banca Intesa San Paolo ag. di Brescia IBAN IT68B0306955061100000000701 (c/c intestato a Scuola dell'Inf. Giovanni Paolo II)

Il sottoscritto dichiara espressamente di:

- 1) aver preso visione del regolamento della scuola e di accettarne il contenuto**
- 2) di essere a conoscenza che la Scuola è una scuola paritaria ai sensi della L. 62/2000 e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia**

Data

Firma (*)

Firma di autocertificazione da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda (Leggi 127/97, 15/98 e 131/98)

Data

Firma (*)

Firma di autocertificazione da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda (Leggi 127/97, 15/98 e 131/98)

(*) Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella Responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda di iscrizione sia firmata Da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

I trattamenti dei dati raccolti con il presente modulo rientrano tra quelli descritti nell'informativa ai sensi dell'Articolo 13 del Regolamento UE 679/16 che vi è stata consegnata al momento dell'iscrizione.

Riservato alla Segreteria

Pagamento della quota di iscrizione 2024/25	EURO 50,00	Data
---	-----------------------------	------