



SCUOLA DELL'INFANZIA SUOR RUFINA

Paritaria Parrocchiale PARROCCHIA SAN GIOVANNI EVANGELISTA

Via Roma 21

20060 MASATE (MI)

Tel. 02.27013076 – matparr.masate@gmail.com

C.F. 91507210150 – P. IVA 12700290153 – REA MI-2061371

Decreto Parità: 488/2992 del 28.2.2001

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Domanda di

Nuova Iscrizione Rinnovo

Del Bambino/a

Presentata dal/dai genitore/i richiedente/i per:

SCUOLA INFANZIA ---- retta annuale €rata mensile €

SEZIONE PRIMAVERA--retta annuale €rata mensile €

e per i seguenti Servizi:

servizi pre scuola per € mensile

servizi post scuola per € mensile

Presenta ilalle ore.....in Masate con il progressivo

N.....

Per ricevuta e riscontro: La Direzione Didattica

originale per la famiglia



SCUOLA DELL'INFANZIA SUOR RUFINA

Paritaria Parrocchiale PARROCCHIA SAN GIOVANNI EVANGELISTA

Via Roma 21

20060 MASATE (MI)

Tel. 02.27013076 – matparr.masate@gmail.com

C.F. 91507210150 – P. IVA 12700290153 – REA MI-2061371

Decreto Parità: 488/2992 del 28.2.2001

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Domanda di

Nuova Iscrizione Rinnovo

Del Bambino/a

Presentata dal/dai genitore/i richiedente/i per:

SCUOLA INFANZIA ---- retta annuale €rata mensile €

SEZIONE PRIMAVERA--retta annuale €rata mensile €

e per i seguenti Servizi:

servizi pre scuola per € mensile

servizi post scuola per € mensile

Presenta ilalle ore.....in Masate con il progressivo

N.....

Per ricevuta e riscontro: La Direzione Didattica

copia per la scuola

Noi Sottoscritti:

PADRE

Cognome
Nome
Nato a (.....)
il
Cittadinanza
Codice Fiscale
Residente a (.....)
Via/Piazza
Tel. Residenza
Tel. Reperibilità
E-mail

MADRE

Cognome
Nome
Nato a (.....)
il
Cittadinanza
Codice Fiscale
Residente a (.....)
Via/Piazza
Tel. Residenza
Tel. Reperibilità
E-mail

Cognome.....	Nome.....
Nato a	il
Cod. Fisc.....	
Luogo di lavoro	Telefono di reperibilità.....
E-mail	

(cognome e nome del bambino/a)

di **nato/a il**

a.....(.....) **Cod. Fisc**

- cittadino italiano
(*oppure*)
- di altra nazionalità (*indicare quale*)
- di Religione

residente presso i genitori (*oppure*) presso la madre (*oppure*) presso il padre

<i>(nel caso in cui la residenza del bambino/a sia diversa da quella di uno dei i genitori)</i>	
residente a	(prov.) via/piazzan
presso	
tel.	

presa visione delle condizioni contrattuali, che accettiamo esplicitamente:

- 1) **chiediamo di iscrivere nostro/a figlio/a alla Scuola per l'infanzia per l'anno 2019/2020** Si No
- 2) **chiediamo di iscrivere nostro figlio/a alla Sezione "Primavera" per l'anno 2019/2020** Si No
- 3) **chiediamo** di avvalerci del **servizio di pre-scuola**, qualora a settembre ne sarà decisa l'attivazione..... Si No
chiediamo avvalerci del **servizio di post-scuola**, qualora a settembre ne sarà decisa l'attivazione..... Si No
- 4) **autorizziamo** la Direzione a svolgere tutte le attività che saranno predisposte per la scuola per l'infanzia, come descritte nel Piano della Offerta Formativa e/o di volta in volta portate a conoscenza delle famiglie mediante e-mail personale o con apposito avviso affisso presso la sede e pubblicato sul sito www.scuolainfanziasuorrufina.it, comprese quelle che prevedono l'uscita al di fuori della scuola. Qualora non intendessimo far partecipare nostro/a figlio/a alle iniziative che si svolgono al di fuori della scuola, lo comunicheremo alla Direzione per iscritto (*non è sufficiente la forma orale*). In tale ultimo caso, **prendiamo atto che il bambino non potrà essere accolto a scuola per quel giorno;**
- 5) **autorizziamo** la Direzione ad affidare nostro/a figlio/a anche alle persone di seguito indicate e solleviamo la Scuola e il personale direttivo ed operativo da qualsiasi responsabilità per quanto potrebbe accadere al/alla proprio/a figlio/a affidato/a alle seguenti persone:

Sig. tel Res.nte a.....
 Sig tel Res.nte a.....
 Sig. tel Res.nte a.....
 Sig tel Res.nte a.....
 Sig tel Res.nte a.....

(Allegare copia Documento di Identità)

- 6) **dichiariamo** che il/la bambino/a:
- è in situazione di disabilità psicofisica certificata; [*N.b. È NECESSARIO allegare la diagnosi **clinico-funzionale** al fine di poter presentare all'Amministrazione Comunale la domanda per i benefici previsti dalle norme (per es. insegnante di sostegno, contributi). Si precisa che il riconoscimento di detti benefici non dipende dalla Scuola ma dagli Enti Pubblici competenti*] Si No
 - presenta compromissioni psico-fisiche della crescita, attestate da documentazioni medico-specialistiche; Si No
 - è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie, **come da autocertificazione allegata** Si No
 - che necessita di una dieta speciale, **come da autocertificazione allegata**..... Si No
 - che necessita di medicinali salvavita, **come da autocertificazione allegata**..... Si No
 - che ha in corso patologie **come da autocertificazione allegata**..... Si No
 - ha frequentato l'asilo nido / scuola per l'infanzia di.....

