



SCUOLA PARITARIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

“SACRA FAMIGLIA” – VR1M00100R

Via Nascimbeni, 12 - 37010 Castelletto di Brenzone VR

Tel. 045.6598.800 - Fax 045.6598.886

www.scuolesacrafamiglia.it - segreteria@scuolesacrafamiglia.it

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

ANNO SCOLASTICO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE

ALUNNO/A

Il Sottoscritto

Cognome del Genitore richiedente		Nome del Genitore richiedente	
Nato/a il	Luogo di Nascita (o Stato Estero di Nascita)		Provincia di nascita
Prima Cittadinanza	Luogo di Residenza (città o paese)		CAP Residenza
Indirizzo della Residenza			N. civico Residenza
Luogo di Domicilio (se diverso dalla residenza)	Indirizzo del Domicilio		N. civico Domicilio
Telefono		Cellulare	
Indirizzo di Posta Elettronica		Codice Fiscale	
Stato Civile – N.B.: <i>Se i genitori sono separati oppure se l'affido non è congiunto, è necessaria la firma di entrambi.</i>			
<input type="checkbox"/> celibe/nubile		<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a
<input type="checkbox"/> separato/a		<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> affido congiunto
In qualità di			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Affidatario	<input type="checkbox"/> Tutore Legale

Dati del Secondo Genitore

Cognome del secondo Genitore		Nome del secondo Genitore	
Nato/a il	Luogo di Nascita (o Stato Estero di Nascita)		Provincia di nascita
Prima Cittadinanza	Luogo di Residenza (città o paese)		CAP Residenza
Indirizzo della residenza			N. civico Residenza
Luogo di Domicilio (se diverso dalla residenza)	Indirizzo del Domicilio		N. civico Domicilio
Telefono		Cellulare	
Indirizzo di Posta Elettronica		Codice Fiscale	
Stato Civile – N.B.: <i>Se i genitori sono separati oppure se l'affido non è congiunto, è necessaria la firma di entrambi.</i>			
<input type="checkbox"/> celibe / nubile		<input type="checkbox"/> coniugato /a	<input type="checkbox"/> divorziato /a
<input type="checkbox"/> separato /a		<input type="checkbox"/> vedovo /a	<input type="checkbox"/> affido congiunto
In qualità di			
<input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Affidatario
		<input type="checkbox"/> Tutore Legale	

CHIEDE

l'iscrizione alla classe anno scolastico dell'Alunno/a

Cognome dello/a studente/studentessa		Nome dello/a studente/studentessa	
Nato/a il	Comune di Nascita (o Stato Estero di Nascita)		Provincia
Prima Cittadinanza	Luogo di Residenza (città o paese)		CAP Residenza
Indirizzo della Residenza			N. civico Residenza
Luogo di Domicilio (se diverso dalla residenza)	Indirizzo del Domicilio		N. civico Domicilio
Telefono		Cellulare	
Posta elettronica		Codice Fiscale	
Scuola di provenienza		Lingue straniere studiate nella scuola di provenienza	
Ha frequentato l'Asilo Nido per n. anni		Ha frequentato la Scuola dell'Infanzia per n. anni	

Informazioni sull'alunno/a

Alunno con disabilità certificate	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Alunno con DSA diagnosticati (dislessia, disgrafia, discalculia, disortografia)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È stato redatto un PDP (Piano Didattico Personalizzato) per l'alunno nella scuola di provenienza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sono stati fatti accertamenti con professionisti (psicologo, logopedista, etc.) relativi a difficoltà scolastiche?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<i>N.B.: In caso di disturbi specifici di apprendimento la domanda va perfezionata consegnando copia della diagnosi. Si rammenta che le diagnosi vanno aggiornate prima di ogni passaggio al successivo ordine di istruzione scolastica.</i>		
Alunno con allergie / intolleranze alimentari certificate:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altre patologie o informazioni relative alla sua salute di cui la scuola deve essere messa a conoscenza:		
Vaccinazioni in regola	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se nato altrove, anno di arrivo in Italia:		

Attenzione: Allegare la fotocopia della carta di identità e del codice fiscale dei genitori e dello/a studente/ssa, verificando che tali documenti siano in corso di validità.

Informazioni sulla Famiglia

Cognome	Nome	Data nascita	Comune di Nascita	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				

Dati della persona (pagante) a cui intestare la fattura

Cognome del pagante	Nome del pagante
Codice fiscale del pagante	

Servizi aggiuntivi

Trasporto privato a pagamento dalla fermata di	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Insegnamento della Religione Cattolica

Sottoscrivendo la domanda di iscrizione scelgo che mio/a figlio/a si avvalga dell'insegnamento della Religione Cattolica secondo le modalità disposte dal DPR 175/2012 in applicazione dell'art. 9.2 dell'Accordo tra Santa Sede e Stato Italiano del 18.02.1984 e applicando i traguardi per lo sviluppo delle competenze e gli obiettivi di apprendimento approvati nel DPR 11.02.2010.

Firma di un Genitore.....

Autorizzazione uscite didattiche sul territorio

Autorizzo le uscite didattiche sul territorio effettuate previo avviso sul libretto personale e/o altro mezzo.

Firma di un Genitore.....

Armadietti

Autorizzo il controllo sistematico degli armadietti personali per verificare che contengano solo materiale scolastico.

Firma di un Genitore.....

Altre informazioni

Taglia T - SHIRT (segnalare la misura da uomo/donna e scegliere fra S - M - L - XL)

Taglia pantaloni (segnalare la misura da uomo/donna e scegliere fra S - M - L - XL)

Numero di scarpe

Il/La richiedente in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

- che l'alunno / a proviene dalla scuola
- di non aver prodotto domanda ad altro Istituto;
- di accogliere il PTOF, il Regolamento e i documenti della Scuola;
- di impegnarsi a pagare le somme previste come iscrizione, retta e altre spese relative all'attività didattica previste dal PTOF.

Data..... Firma

Data..... Firma del secondo genitore

INFORMATIVA AI SENSI DELL' ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa fornita

Data..... Firma

Data..... Firma del secondo genitore (in caso di separazione o divorzio).....