

DOMANDA di ISCRIZIONE alla **SCUOLA dell'INFANZIA**

Al Coordinatore delle Attività Educative Didattiche dell' ISTITUTO PARITARIO
COMPRESIVO "SANTA LUCIA FILIPPINI"

SCUOLA DELL' INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I GRADO

Comuni di: Montefiascone – Capodimonte

Sede: Via Ruben Rubbi, 19-01027 Montefiascone VT Tel. e Fax 0761/826241

C. MECCANOGRAFICO: VT1A00300X

www.santaluciafilippini-montefiascone.it e-mail: scuola.sl.filippini@virgilio.it pec: ipc.santaluciafilippini@pec.it

I sottoscritt _____ in qualità di padre madre tutore
(cognome e nome)

CHIEDE

l'iscrizione di _____ per l'a.s. 2024/2025
alla Scuola **dell'Infanzia di Montefiascone.**

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero che:

I bambin _____ (cognome e nome) _____ (codice fiscale)

è nat_ a _____ il _____

è cittadin_ italian_ altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov.) _____

via/piazza _____ n. _____ tel. _____ tel. _____

e-mail: _____

La propria famiglia convivente è composta da (escludere l'alunno/a iscritto/a):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

E' stat_ sottopost_ alle vaccinazioni obbligatorie sì no

Si allega alla presente:

CERTIFICATO DI VACCINAZIONE rilasciata dalla ASL COMPETENTE

Allegato 1

CHIEDE di AVVALERSI

sulla base dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili:

dell'orario ordinario delle attività educative **per 40 ore settimanali:** ore 08.00 / 16.00 dal lunedì al venerdì e ore 08.00 / 13.00 il sabato (facoltativo);

oppure

dell'orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per 25 ore settimanali

