

# FONDAZIONE MICOLI -TOSCANO

- Scuola dell'Infanzia Paritaria e Asilo Integrato Favetti -

Via Favetti, 7 33080 CASTIONS di Zoppola (Pn)

C.F. e P.IVA 00221260938 - Tel. 0434/97187 Ammin.

Scuola 0434/317731 mail: [fondazione@micolitosciano.it](mailto:fondazione@micolitosciano.it) pec: [fondazione@pecfvg.it](mailto:fondazione@pecfvg.it)

## I SOTTOSCRITTI:

Generalità genitore MADRE PADRE

Nome.....cognome.....

Nato/a il .....a.....C.F.....

Recapito nelle ore scolastiche tel. ....

Residente a.....

In via.....n°.....

Telefono..... Cell. .... email .....

Generalità genitore MADRE PADRE

Nome.....cognome.....

Nato/a il .....a.....C.F.....

Recapito nelle ore scolastiche .....

Residente a.....

In via.....n°.....

Telefono..... Cell. .... email .....

**CHIEDONO L'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2022/2023**

**ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

Generalità del.... bambin....

Nome.....Cognome.....

Nat... il .....a.....cittadinanza.....

Codice Fiscale .....

Residente a.....

In via.....n°.....

Fratelli e/o sorelle se frequentanti attivamente l'infanzia

Nome ..... nato il..... frequenta.....

Nome ..... nato il..... frequenta.....

Nome ..... nato il..... frequenta.....

**Persone maggiorenni** , (oltre ai genitori) autorizzate e delegate ad accompagnare e riprendere ..l.. bambin....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

Nome.....cognome.....tel.....

Eventuale grado di parentela.....

PEDIATRA DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Autorizzo la scuola a contattare il pediatra:  SI  NO

In allegato:

- Eventuale certificato medico per intolleranza o allergia secondo le linee guida dell'ASS5 per.....
- Eventuale certificato e posologia medica per somministrazione di medicinali salvavita.....

Per quanto riguarda gli obblighi vaccinali operano le disposizioni dell'art. 3 bis del D.L. 07/06/2017 n. 73 inserito dalla L. 31/07/2017 n. 119.

I sottoscritti

Nome.....cognome.....

Nome.....cognome.....

Dichiarano di essere a conoscenza:

- che la scuola si avvale dell'equipe psico-pedagogica in collaborazione con l'Ambito del Noncello e con il Comune di Zoppola,
- del regolamento della scuola e del PTOF (Piano di Offerta Formativa).
- che al momento della richiesta di iscrizione è dovuto l'importo di € 60,00. La scuola si riserva di confermare l'iscrizione o di comunicare l'impossibilità dell'accoglimento dell'alunno. In tal ultimo caso l'importo versato sarà



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*\*\*\*\*

riservato alla scuola

documento consegnato agli uffici della Fondazione il.....

protocollo n°.....