

# 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@micolitoscato.it](mailto:fondazione@micolitoscato.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 2026/2027**

**ALL'ASILO NIDO**

all'asilo nido gg intera ☐

mezza giornata ☐

Generalità del.... bambin....

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

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

Codice Fiscale .....

Residente a.....

In via.....n°.....

Fratelli e/o sorelle se frequentanti attivamente l'asilo nido

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 conferma dell'iscrizione è dovuto l'importo come deliberato dal Consiglio di amministrazione. 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 restituito. Non si dà luogo a restituzione del versamento d'iscrizione in caso di mancata conferma da parte della famiglia.

Data .....

Firma genitore\* .....

Firma genitore\* .....  
(firme per esteso e leggibili )

\* Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

#### AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE

I sottoscritti genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la sezione \_\_\_\_\_ della "Scuola dell'Infanzia V. Favetti e Nido Integrato" **autorizzano**

per l'anno scolastico 2026/2027 il/la proprio/a figlio/a ad effettuare uscite dalla scuola nel territorio comunale, a piedi o con trasporto scolastico, per le attività connesse alla progettazione educativo-didattica.

FIRME \*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

#### ATTIVITA' DI PARTECIPAZIONE DELLE FAMIGLIE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza la scuola a comunicare ai rappresentanti dei genitori il proprio n° di cellulare (n° \_\_\_\_\_) per le attività di partecipazione delle famiglie alla vita del nido.

#### SERVIZIO DI PRE E POST SCUOLA

Dichiara di essere interessato ai seguenti servizi

- ☐ pre-scuola dal lunedì al venerdì dalle 07.30 alle 08.30 da settembre a luglio
- ☐ post-scuola dal lunedì al venerdì dalle 16.30 alle 17.00 da ottobre a giugno

Tali servizi saranno attivati con un numero minimo di bambini per gruppo.

Il costo viene comunicato all'inizio dell'anno scolastico e l'adesione deve essere confermata compilando l'apposito modulo che può essere richiesto alla scuola all'inizio dell'anno scolastico.

(Vedi voce "FUNZIONAMENTO e ORARI" del Regolamento)

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*\*\*\*\*

riservato alla scuola

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

protocollo n° .....