DOMANDA DI ISCRIZIONE

A.S. 201..../ 201....

ALLA DIREZIONE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "IPPOLITA FORANTE"

Congregazione Piccole Figlie di San Giuseppe
SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
"IPPOLITA FORANTE"
Via Bgt. San Marco, 4 - 30013 Cà Vio - Cavallino Treporti (VE)
Scuola Tel.041 5301973 -
Segreteria Tel. 041 966079 Fax 041 5302654
e.mail :scuolaiforante@piccolefigliesg.it - casaiforanteve@piccolefigliesg.it

DATI RELATIVI AL BAMBINO/A

cognome_____nome_____

Cod.fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato /a_____il_____

residente a
☐CAVALLINO ☐CA' DI VALLE ☐CA' BALLARIN ☐CA' PASQUALI ☐ CA' VIO ☐ CA' SAVIO ☐ P.TA SABBIONI☐ TREPORTI

_via_____n°_____cap_____prov_____

tel._____ e.mail:_____

è stato sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie **SI** **NO**

DATI RELATIVI ALLA FAMIGLIA

	PADRE	**MADRE**
COGMOME		
NOME		
LUOGO DI NASCITA		
DATA DI NASCITA		
PROFESSIONE		
TELEFONO LUOGO DI LAVORO		
NUMERO CELLULARE		
CITTADINANZA		
CODICE FISCALE		

HA FRATELLI / CUGINI FREQUENTANTI QUESTA SCUOLA ? ☐ SI ☐ NO
SE SI IN CHE SEZIONE ? ☐VERDI ☐GIALLI ☐AZZURRI ☐ROSA

HA FREQUENTATO IL NIDO? ? ☐ SI ☐ NO SE SI DOVE ?_____

ALTRI FRATELLI E/O SORELLE

NOME		
ETA'		
SCUOLA		

ULTERIORI CONTATTI D' EMERGENZA

	Nonno paterno	Nonna paterna	Nonno materno	Nonna materna	altro
Nome					
Cognome					
Tel.abitazione					
Tel.cellulare					

Il sottoscritto genitore dichiara di accettare e condividere il Progetto Educativo della Scuola dell'Infanzia Paritaria "I.Forante" e si impegna a versare la quota di iscrizione e le quote di frequenza secondo quanto stabilito dall'amministrazione della scuola con modalità R.I.D. da settembre a giugno compreso, o in particolari casi attraverso bonifico entro il 10 di ogni mese.Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della segreteria-amministrazione,in riferimento all'informativa sul trattamento dati personali – D.Lgs.196/2003

*DATA*_____ *FIRMA*_____