

Istituto Scolastico Lumino

Direttore : Efrem Pedrazzi
Via Bertè 4 - 6533 LUMINO

Ufficio: lu./me. pom./gio.
n° tel. : 091 822.30.70
E-mail: islumino@lumino.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Il/la Signore/a _____

Cognome

Nome

Iscrive

Non Iscrive - se nell'obbligo allegare lettera di motivazione

ISCRIZIONE IN DEROGA - Solo per bambini nati ad agosto e settembre

SI - allegare lettera di motivazione |NO

DATI ALLIEVA/O **Cognome e nome:**

Primogenito (sì-no):

Data di nascita		Sesso	
Lingua materna		Ev. seconda lingua	
Luogo di nascita ¹⁾		Domicilio	
Nazionalità		Attinenza ²⁾	

Solo per stranieri

Tipo di permesso ³⁾		Scadenza		Entrata in CH	
--------------------------------	--	----------	--	---------------	--

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri 3) B - C - D - G - F - N - S

DATI GENITORI

Paternità		Maternità	
Prof. Padre		Prof. Madre	
Autorità parentale ⁴⁾		Situazione fam. ⁵⁾	

4) genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella 5) sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale - unione registrata

INDIRIZZO ALLIEVO E TELEFONO PRINCIPALE

Indirizzo e località		Tel. principale	
----------------------	--	-----------------	--

Recapiti padre se diversi da figlia

Recapiti madre se diversi da figlia

Indirizzo		Indirizzo	
Località		Località	
Cellulare		Cellulare	
Tel. privato		Tel. privato	
Tel. professionale		Tel. professionale	
e-mail		e-mail	
Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi)			

Ev. tutore/curatore

Ev. tutore/curatore			
Indirizzo		Località	
Tel. privato		Cellulare	
Tel. professionale		e-mail	

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico e/o Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI)

REFEZIONE per allieve e allievi dell'anno facoltativo

Non Iscrive (scelta valida per tutto l'anno scolastico)

INFORMAZIONI SANITARIE – a discrezione dell'autorità parentale

|Cassa malati

|Medico curante

|Assicurazione infortuni

|RC

Fratelli o sorelle che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)

|Nome

|Data di nascita

|Classe/sezione

|Docente

|Sede Scolastica

INFORMAZIONI ULTERIORI – a discrezione della famiglia

|La/il bambina/o è seguita/o da un servizio specialistico

Logopedia

Psicomotricità

Ergoterapia

Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)

Altri servizi (specificare)

|Se la/il bambina/o è seguita/o da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

|La/il bambina/o ha

Problemi di linguaggio

Difficoltà motorie

Altre difficoltà

|Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

|Luogo e data

| **Autorità parentale** o rappresentante legale



TRAGITTO CASA - SCUOLA

(Art. 28 Regolamento scuole materne)

1.

Il (la) sottoscritto (a)

autorizza il (la) bambino (a)

a compiere il tragitto **scuola - casa da solo (a)** e si assume qualsiasi responsabilità.

2.

Il (la) sottoscritto (a)

autorizza il (la) signor (a)

o il (la) signor (a)

a prendere il (la) bambino (a)

alla scuola dell'infanzia all'orario stabilito **per l'uscita** e si assume qualsiasi responsabilità.

Firma autorità parentale:

Firma ev. persone delegate:

Luogo e data: