

Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

Repubblica Italiana - Regione Siciliana

DIREZIONE DIDATTICA STATALE

2°CIRCOLO DIDATTICO

CTEE04600R

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**alla SCUOLA PRIMARIA**

**A.S. 2021-2022**

**Scelta del Plesso**

|  |
| --- |
| ***PLESSO VIA DEI MANDORLI*** *□*  ***PLESSO “G. VERGA” VIA LIGURIA*** *□* |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di □ padre, □ madre, □ tutore

Nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo

**CHIEDE**

l’iscrizione dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(codice fiscale)

è cittadino italiano  altro (indicare nazionalità)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. Abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altro tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. lavoro padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. Lavoro madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e – mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCUOLA DI PROVENIENZA**

□ scuola dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Richiesta di ammissione anticipata alla frequenza SI□ NO□

Riferita solo a coloro che compiono il sesto anno di età nel periodo compreso tra il 1° Gennaio e il 30 Aprile

Alunno con Disabilità SI□ NO□

Alunno con DSA SI□ NO□

Ai sensi della legge 104/1992 e della legge 170/2010, in caso di alunno, rispettivamente, con disabilita o disturbi specifici di apprendimento (DSA), la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica consegnando copia della certificazione entro dieci giorni dalla chiusura delle iscrizioni.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPI SCUOLA

□ 27 ORE SETTIMANALI

□ FINO A 30 ORE SETTIMANALI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo studente intende avvalersi **dell’insegnamento della Religione Cattolica SI** □  **NO** □

**DATI SECONDO GENITORE**

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo

**Informazioni sull’ alunno/a**

Alunno/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie **SI** □  **NO** □

Per gli alunni stranieri nati all’ estero si richiede di indicare la data di arrivo in Italia ……………………………

Alunno/a orfano di entrambi i genitori o in affido ai servizi sociali **SI** □  **NO** □

Alunno/a con situazione familiare, sociale o economica particolarmente gravosa documentata e comprovata dal servizio sociale o dalla competente struttura sociosanitaria della ASL territoriale **SI** □  **NO** □

Alunno/a con entrambi genitori lavoratori anche non conviventi con un orario lavorativo non inferiore alle 6 ore gg **SI** □  **NO** □

Alunno/a con almeno un genitore che lavora nelle vicinanze della scuola **SI** □  **NO** □

Alunno/a con allergie/intolleranze alimentari certificate **SI** □  **NO** □

Altri fratelli e sorelli frequentanti l’ Istituto **SI** □  **NO** □

|  |
| --- |
|  |

Alunno/a in affidamento, adottato da non più di un anno o in corso di adozione **SI** □  **NO** □

Genitore in servizio presso l’ Istituto **SI** □  **NO** □

Alunno/a proveniente da scuole dell’ Infanzia/primaria dell’ Istituto **SI** □  **NO** □

**NOTA:**

**CONSEGNARE CERTIFICAZIONE VACCINALE O CERTIFICAZIONE SOSTITUIVA ENTRO IL TERMINE DELLE ISCRIZIONI.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altri Servizi Offerti dalla Scuola**

\*SERVIZIO POST-SCUOLA FINO ALLE ORE 13,40 **SI** □  **NO** □

*Compatibilmente all’ emergenza COVID*

\*SERVIZIO PRE-SCUOLA DALLE ORE 7,40 **SI** □  **NO** □

*Compatibilmente all’ emergenza COVID*

|  |
| --- |
| **Note della Famiglia (inserire le proprie richieste da fare alla scuola)** |

**Contatti della scuola**

UFFICIO DI SEGRETERIA Tel. 095982284

Biancavilla li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Genitore o chi esercita la patria potestà)*

4