

Istituto SI-SE Castel San Pietro

Castel San Pietro

Fumagalli-Mangano Silvia, direttrice
6874 Castel San Pietro

Tel: 091 646 02 66
E-mail: dirscuole@castelsanpietro.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2018-2019

Il/la Signore/a _____

Cognome _____	Nome _____
<input type="checkbox"/> Iscrive	<input type="checkbox"/> Non Iscrive [Se nell'obbligo allegare lettera d'intenti]

DATI ALLIEVO		Cognome:	Nome:
Primogenito			<i>Si - No</i>
Data di nascita			Sesso
Lingua materna			Ev. seconda lingua
Luogo di nascita ¹⁾			Domicilio
Nazionalità			Attinenza ²⁾
Solo per stranieri	Tipo di permesso		<i>B - C - D - G - F - N - S</i>
Data entrata in CH			Scadenza permesso

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri

ISCRIZIONE IN DEROGA [Solo per bambini nati ad agosto e settembre]

|SI |NO **ATTENZIONE:** se **SI** allegare lettera di motivazione

DATI GENITORI

Paternità		Maternità	
Prof. Padre		Prof. Madre	
Autorità parentale		<i>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</i>	
Situazione familiare		<i>sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale</i>	
Ev. tutore/curatore			

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA UFFICIALE

|Indirizzo e località _____

Eventuale indirizzo di detentore di autorità parentale o tutela che non vive con l'allievo

|Cognome e Nome _____

|Indirizzo e località _____

RECAPITI TELEFONICI

|Telefono (domicilio) _____

Recapiti padre

Recapiti madre

|Cellulare _____

|Cellulare _____

|Professionale _____

|Professionale _____

|e-mail _____

|e-mail _____

|Eventuale altro contatto (segnalare di chi) _____

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico)

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

|Cassa malati _____

|Medico curante _____

|Assicurazione infortuni _____

|RC _____

|Osservazioni sanitarie _____

|Luogo _____

|Data _____

|Firma di un genitore

(o del rappresentante legale)

