

Istituti scolastici intercomunali dell'Alta Leventina

Sede di: Airolo Quinto)

Simone Crocco, Direttore

via Stazione 60

6780 Airolo

Tel: 091 869 13 60

E-mail: scuole.comunali@airolo.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

20__-20__

Il/la Signore/a

Cognome

Nome

Iscrive

Non Iscrive [Se nell'obbligo allegare lettera d'intenti]

DATI ALLIEVO

Cognome:

Nome:

|Primogenito

Si - No

|Data di nascita

|Sesso

|Lingua materna

|Ev. seconda lingua

|Luogo di nascita¹⁾

|Domicilio

|Nazionalità

|Attinenza²⁾

Solo per stranieri

|Tipo di permesso

B - C - D - G - F - N - S

|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

genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella

|Situazione familiare

sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale

|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 Alla prima iscrizione presentare il certificato medico ufficiale (ev. con Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi.

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)

