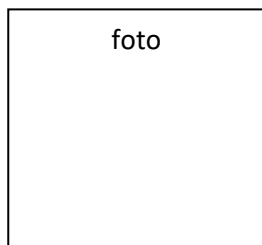
	<p>DOMANDA DI SCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA</p> <p>NIDO INTEGRATO "MARIA AUSILIATRICE "</p>	<p>Scuola dell'Infanzia Nido Integrato A.S 2022-23</p>
---	--	--



ALLIEVO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Alla Coordinatrice didattica della Scuola dell'Infanzia Paritaria Nido Integrato "MARIA AUSILIATRICE"

**DATI UTILI AI FINI AMMINISTRATIVI E DIDATTICI**

**ALUNNO/A**

Cognome e nome .....

Luogo di nascita ..... data .....

Residenza: Comune ..... CAP ..... Prov. ....

Via ..... N° ..... Tel Fisso ...../.....

Cittadinanza .....

C.F.:.....

Cellulare padre ..... Cellulare madre .....

Altri numeri telefonici ..... (indicare di chi è)

E-mail padre ..... E-mail madre .....

Asilo Nido frequentato .....

Altra scuola dell'Infanzia di frequentata.....

*(indicare nome e indirizzo della scuola)*

**ALTRI FIGLI presso la Scuola Maria Ausiliatrice** (precisare nome, luogo e data di nascita, scuola e classe frequentata)

1° figlio .....

2° figlio .....

3° figlio .....

# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io\_Sottoscritto.....

nato a ..... (prov. ....)

il .....

residente a ..... (prov. ....)

in via ..... al numero civico .....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e sotto la propria responsabilità

## D I C H I A R O

◇ che la famiglia convivente del figlio/a si compone di:

N. d'ord.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			
6			

◇ che la fotografia applicata in testa alla domanda di iscrizione appartiene al figlio/a .....

◇ che presenta allergie / intolleranze: Se sì, indicare a cosa .....

◇ che è un/a bambino/a con disabilità  SÌ  NO, e necessita di assistenza di base (AEC)  SÌ  NO

*ai sensi della legge 104/1992, in caso di alunno con disabilità, la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica consegnando copia della certificazione entro 10 giorni dalla domanda.*

◇ che il figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: Sì  No

....., lì .....

.....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

SCUOLA DELL'INFANZIA MARIA AUSILIATRICE  
Via Roma,32 -35041 Battaglia Terme (PD) 049/525033