

DOMANDA D'ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA DELLA SCUOLA PRIMARIA a.s. 2012/2013

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Gera Lario

I sottoscritti _____ in qualità di padre madre tutore

CHIEDONO

l'iscrizione dell'alunno/a _____

alla classe 1^ della scuola primaria del plesso di _____

di avvalersi dell'anticipo (per i nati entro il 30 aprile 2007)

SCELGONO per il proprio figlio/a il seguente tempo scuola

- 24 ore settimanali (senza rientri pomeridiani)
- 27 ore settimanali + tempo mensa (per tutte le sedi con un rientro pomeridiano)
- 30 ore settimanali + tempo mensa (per tutte le sedi con due rientri pomeridiani)
 - chiedono di usufruire del servizio di trasporto scolastico SI NO
 - chiedono di usufruire del servizio di mensa scolastica SI NO

Nel solo caso di scelta delle trenta ore settimanali, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e fatte salve eventuali condizioni ostatiche che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste **chiedono**

la frequenza dell'alunno/a alle seguenti attività/insegnamenti tra quelle offerte e organizzate dalla scuola:

- laboratori sportivi: attività propedeutiche ai vari sport (*nuoto, minivolley, minibasket, tennis, sci*)
- laboratori di educazione alla salute, stradale e alla convivenza democratica
- laboratori espressivi

Sono consapevoli dell'obbligo della frequenza delle suddette attività/insegnamenti, da comprendere nell'orario aggiuntivo

Dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

L'alunno/a _____ C.F. _____

N.B. Allegare copia C.F.

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

- è residente a _____ via _____ n. _____
- tel./cell. _____
- è cittadino/a ITALIANO ALTRO (indicare nazionalità) _____
- proviene dalla scuola INFANZIA di _____
- è stato sottoposto alle vaccinazioni previste dalla vigente normativa sì no
- necessita di terapie farmacologiche ** sì no
- presenta allergie e/o intolleranze alimentari ** sì no

** in caso di risposta positiva, presenterà certificazione medica comprovante lo stato patologico.

La propria famiglia convivente, oltre all'alunno/a, è composta da:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	C.F.	Rapporto di parentela

Data _____

Firma di autocertificazione _____

Firma di autocertificazione _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (DecretoLgs. n. 196/2003 e Regolamento ministeriale 07/12/06 n. 305)

Data _____

Firma _____

Firma _____