

Istituto scolastico comunale di Chiasso

Chiasso-Pedrinete

Carlo Formenti, Direttore

Via Balestra 1
6830 Chiasso

Tel: 091 695 11 10
E-mail: istitutoscolastico@chiasso.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2017-2018

Il/la Signore/a _____

Cognome _____

Nome _____

Iscrive

Non Iscrive (*allegare iscrizione ad altra scuola*)

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 (presentare certificato medico)

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

|Cassa malati

|Medico curante

|Assicurazione infortuni

|RC

|Osservazioni sanitarie

|Luogo _____

|Data _____

Voltare pagina p.f.

Vive con entrambi i genitori? SI NO Se no con chi?

Fratelli o sorelle che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)

|Nome |Data di nascita |Classe/sezione |Docente |Sede Scolastica

HA FREQUENTATO L'ASILO NIDO? SI NO
QUALE? _____

INFORMAZIONI DETTAGLIATE -

| Il/la bambino/a è seguito/a da un servizio specialistico:

Logopedia Psicomotricità Ergoterapia Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)

Altri servizi (specificare):

|Se il/la bambino/a è seguito/a da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

| Il/la bambino/ha:

Problemi di linguaggio Difficoltà motorie Altre difficoltà

|Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

ORARIO PROLUNGATO (07.00-09.00/ 16.00-18.30)

Siamo interessati all'orario prolungato SI NO
Iscrizione obbligatoria presso la Direzione generale.

Trasporti

Siamo interessati al trasporto scolastico SI NO
Iscrizione obbligatoria presso la Direzione generale.

PROMEMORIA

- Gli iscritti sono tenuti ad una frequenza regolare.
- Per i bambini di 4 o 5 anni la frequenza è completa: 5 giorni, da lunedì a venerdì.
- Frequenze parziali sono ammesse per i bambini di 3 anni (minimo 4 mattine alla settimana senza refezione).
- Per l'inizio della frequenza della scuola dell'infanzia i bambini devono essere autonomi nel vestirsi, nell'andare in bagno (non portare più il pannolino) e nel mangiare.

|Luogo |Data

|Firma di un genitore
(o del rappresentante legale)

Da rispedire **entro il 24 febbraio 2017** a:
Direzione istituto scolastico comunale Via S.Balestra 6830 Chiasso
Allegando il certificato medico d'entrata alla scuola per i nuovi iscritti