



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI  
Tel./Fax 0371.421985  
E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)  
PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

### ANNO SCOLASTICO 2024/2025 Modulo iscrizione

ALLIEVO/A: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ / a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

#### GENITORI: DATI PAPA':

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ tel. Abit. \_\_\_\_\_ tel. Lavoro \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### DATI MAMMA:

Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ tel. Abit. \_\_\_\_\_ tel. Lavoro \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### GENITORE PAGANTE AI FINI DELLE DETRAZIONI FISCALI:

Cognome /Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### Recapiti telefonici in caso di emergenza:

Tel. \_\_\_\_\_ Nome persona \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Nome persona \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

In questi tre anni è stato : al nido  dai nonni  babysitter

#### CHIEDE/CHIEDONO

L'iscrizione del/la bambino/a presso

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"  
per l'anno scolastico 2024/2025

Data \_\_\_\_\_

Firma del papà \_\_\_\_\_ Firma della mamma \_\_\_\_\_



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI  
Tel./Fax 0371.421985  
E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)  
PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

### ANNO SCOLASTICO 2024/2025 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA

I GENITORI SOTTOSCRITTI

### DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a è nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone di seguito elencate:

	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA
<b>PADRE</b>			
<b>MADRE</b>			
<b>FIGLI</b>			
<b>ALTRI CONVIVENTI</b>			

Data \_\_\_\_\_

Firma del papà \_\_\_\_\_

Firma della mamma \_\_\_\_\_



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI  
Tel./Fax 0371.421985  
E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)  
PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

**ANNO SCOLASTICO 2024-2025**  
**SITUAZIONE VACCINALE**

DELL'ALLIEVO/A \_\_\_\_\_

I GENITORI SOTTOSCRITTI \_\_\_\_\_

### **DICHIARANO:**

- con autocertificazione (da consegnare)
- con libretto di vaccinazioni vidimato da Azienda Sanitaria Locale
- certificato vaccinale rilasciato da Azienda Sanitaria Locale

Data \_\_\_\_\_

Firma del papà \_\_\_\_\_ Firma della mamma \_\_\_\_\_



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI

Tel./Fax 0371.421985

E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)

PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

### ANNO SCOLASTICO 2024-2025 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI art. 4, art. 7, art. 9 Reg. UE 679/2016

Si informa che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ISTITUTO FIGLIE DELL'ORATORIO, SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI", potranno essere utilizzati alcuni dati personali degli allievi con le seguenti modalità:

- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per pubblicazione sul sito Internet dell'Istituto [www.figliedelloratorio.it](http://www.figliedelloratorio.it)
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per la redazione di pubblicazioni diffuse su carta stampata e sul profilo Facebook
- utilizzo di **video e filmati** che potranno essere utilizzate per pubblicazione sul sito Internet dell'Istituto [www.figliedelloratorio.it](http://www.figliedelloratorio.it) e/o in occasione della partecipazione a gite, eventi, etc.

**Il/i sottoscritto/i** \_\_\_\_\_ **e** \_\_\_\_\_

DATI PAPA':

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DATI MAMMA:

Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**in qualità di genitori dell'ALLIEVO/A:**

\_\_\_\_\_

Esprimono esplicito consenso per i trattamenti suddetti.

esprimo il mio consenso

nego il mio consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma del papà \_\_\_\_\_ Firma della mamma \_\_\_\_\_



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI

Tel./Fax 0371.421985

E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)

PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

**ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

**ELENCO DELLE PERSONE DELEGATE AL RITIRO DEL MINORE**

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a può essere ritirato dalla scuola dell'Infanzia oltre che da se stessi anche dalle persone sotto elencate e si impegnano a tenere indenne e sollevata la scuola dell'Infanzia ed il suo personale direttivo ed operativo da qualsiasi azione o rimostranza che venisse avanzata da familiari o altri soggetti non compresi nell'elenco sotto riportato.

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	RESIDENZA	NOTE VARIE O RECAPITO TELEFONICO

In allegato la fotocopia della carta d'identità dei soggetti delegati al ritiro del/la bambino/a

Data \_\_\_\_\_

Firma del papà \_\_\_\_\_ Firma della mamma \_\_\_\_\_



## SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini, 27 – 26900 LODI  
Tel./Fax 0371.421985  
E-MAIL: [infanzia.scaglioni@libero.it](mailto:infanzia.scaglioni@libero.it)  
PEC: [pec@istfdosedelegale.telecompost.it](mailto:pec@istfdosedelegale.telecompost.it)

### ANNO SCOLASTICO 2024/2025 Quote e Contributi

€ 100,00	ISCRIZIONE		all'atto dell'Iscrizione	
€ 1200,00	RETTA ANNUALE	pagamento in due rate:	Settembre	€ 600,00
			Gennaio	€ 600,00
€ 200,00	CONTRIBUTO ANNUO PER MATERIALE DIDATTICO - ASSICURAZIONE – COSTO BAVAGLIE USA E GETTA (da versare all'inizio dell'anno scolastico)			
PRE & POST SCUOLA	€	1000,00	PAGAMENTO IN TRE RATE	
Settembre	€	350,00		
Novembre	€	350,00		
Gennaio	€	300,00		
orario		07,30--08,30		
orario		16,00--17,30		
PRE o POST SCUOLA	€	500,00	PAGAMENTO IN DUE RATE	
Settembre	€	250,00		
Novembre	€	250,00		
orario		07,30—08,30		
orario		16,00—17,30		

N.B. I pasti dovranno essere pagati in base all'ISEE che deve essere consegnato all'atto dell'iscrizione

COSTO MINIMO DEL PASTO	€ 1,62
COSTO MASSIMO DEL PASTO	€ 5,00

*Tale costo è soggetto a variazioni da parte del comune di Lodi*

N.B. Il bonifico è da effettuare a favore di

ISTITUTO FIGLIE DELL'ORATORIO

Iban: IT 41C0538720301000042736209

causale: Cognome e Nome del bambino – Mese di.....