



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini , 27 – 26900 LODI

Tel./Fax 0371.421985

E-mail : infanzia.scaglioni@libero.it

PEC : pec@istfdosedelegale.telecompost.it

ANNO SCOLASTICO 2024/25 Modulo iscrizione Sezione Primavera

dell'alunno/a _____ C.F. _____

per l'anno scolastico 2024-2025

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che l'alunno/a:

- é nato/a a _____ il _____

- è cittadino italiano altro (indicare quale cittadinanza) _____

- è residente a _____ (Prov. ____) in Via _____

- è domiciliato a _____ (Prov. ____) in Via _____

in qualità di padre/ madre del minore

cognome: _____ nome: _____

nato/a: _____ prov. _____

il _____ C.F. _____

Residente a: _____ prov. _____ via _____ n. _____

CAP _____ E-mail _____ tel. _____

DICHIARO INOLTRE CHE AI FINI FISCALI E AI FINI DELLA RICHIESTA DEL BONUS NIDO I DATI DEL GENITORE PAGANTE SONO:

Cognome/nome _____

C.F. _____

RECAPITI TELEFONICI UTILI

Cellulare padre _____

Cellulare madre _____

Altro _____

LODI _____

FIRMA _____



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini , 27 – 26900 LODI

Tel./Fax 0371.421985

E-mail : infanzia.scaglioni@libero.it

PEC : 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
- 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 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

PEC : pec@istfdosedelegale.telecompost.it

INFORMATIVE

- L'iscrizione per la frequenza della **SEZIONE PRIMAVERA** per l'anno scolastico 2024/2025 è di € **100,00** versati al momento della presentazione della domanda di iscrizione a titolo di caparra, **NON RESTITUIBILE** in caso di ritiro.
- La quota annua è di € 2.000,00 da versare in tre rate: SETTEMBRE – DICEMBRE - MARZO
- Oltre alla quota per la frequenza la famiglia versa la quota annua di € 100 per Assicurazione, bavaglie usa e getta ecc.
- Non è prevista la somministrazione di farmaci da parte della scuola, ad eccezione di casi particolari, previa valutazione medica.

Casi di allontanamento e riammissione:

Le Educatrici o la Direzione possono allontanare il bambino dalla sezione, qualora riscontrino disturbi che si presuppongono dannosi per il singolo bambino e/o per la comunità infantile come:

- Febbre (superiore a 37°)
- Scariche liquide superiore a tre
- Esantema o eruzione cutanea ad esordio improvviso
- Congiuntiviti, stomatiti sospette
- Malessere evidente (pianto continuo, tendenza all'addormentamento, irritabilità e dolore)

In questi casi i genitori saranno avvisati telefonicamente ed invitati a ritirare al più presto i propri figli.

In caso di assenza dalla sezione per cinque giorni consecutivi (sabato e domenica compresi) per motivi di salute, è necessario il certificato di riammissione, redatto dal medico curante, che dichiari l'idoneità a frequentare la sezione.

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

FIGLIE DELL'ORATORIO

Iban: IT 41C 05387 20301 000042 736209

causale: Cognome e Nome del bambino/a – Mesi di

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare senza riserve le condizioni generali del Regolamento. Tali condizioni generali avranno effetto dal momento dell'accettazione, della presente domanda d'iscrizione, da parte del gestore della scuola

LODI.....

Firma.....



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SCAGLIONI"

Via Paolo Gorini , 27 – 26900 LODI

Tel./Fax 0371.421985

E-mail : infanzia.scaglioni@libero.it

PEC : 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
PADRE			
MADRE			
FIGLI			
ALTRI CONVIVENTI			

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

PEC : 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

PEC: pec@istfdosedelegale.telecompost.it

ANNO SCOLASTICO 2024/25 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 _____