

Istituti scolastici intercomunali dell'Alta Leventina

Sede di: Airolo Ambrì (Quinto) Rodi (Prato Leventina)

Valentina Ombelli, Direttrice

via Stazione 60
6780 Airolo

Tel: 091 869 17 16
E-mail: valentina.ombelli@airolo.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

20__-20__

Il/la Signore/a

Cognome

Nome

Iscrive

Non Iscrive [Se nell'obbligo allegare lettera d'intenti]

DATI ALLIEVO

Cognome:

Nome:

|Primogenito

|Sì - 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]

|SÌ

|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 Alla prima iscrizione presentare il certificato medico ufficiale (ev. con Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi.

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

|Cassa malati

|Medico curante

|Assicurazione infortuni

|RC

|Osservazioni sanitarie

|Luogo

|Data

|Firma di un genitore

(o del rappresentante legale)

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

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

INFORMAZIONI DETTAGLIATE – a discrezione della famiglia

|Il bambino è seguito da un servizio specialistico

Logopedia	<input type="checkbox"/>
Psicomotricità	<input type="checkbox"/>
Ergoterapia	<input type="checkbox"/>
Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	<input type="checkbox"/>
Altri servizi (specificare)	<input type="checkbox"/>

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

|Il bambino ha

Problemi di linguaggio	<input type="checkbox"/>
Difficoltà motorie	<input type="checkbox"/>
Altre difficoltà	<input type="checkbox"/>

|Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

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).
- 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)
