

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Sig. Dirigente Scolastico
dell'*Istituto Suore Agostiniane della SS. Annunziata*
Piazza Cavour 12 52027 San Giovanni Valdarno
tel. 055/9129898 fax 055/9129898 e-mail segreteria@scuolasuoreagostiniane.it

__ I __ sottoscritt__ _____ <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore Cognome e nome
Dell'alunn__ _____ / _____ Cognome Nome
CHIEDE
L'iscrizione dell' stess alla classe sez. materna per l'a.s. /

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che l'alunn__ _____
Cognome e nome Codice fiscale

- è nat__ a _____ (Prov. _____) il _____

- è cittadino italiano altro (indicare quale) _____

- è residente a _____ (Prov.) _____
in Via/Piazza _____ tel. _____

- è domiciliato a _____ (Prov.) _____
in Via/Piazza _____ tel. _____

- proveniente dalla scuola _____
ove ha frequentato la classe _____ / o ha conseguito il diploma _____

- che la propria famiglia è composta da:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cognome e nome Luogo e data di nascita Parentela

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no

Data _____

Firma di autenticazione (leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere
Al momento della presentazione della domanda all'impegno della scuola.

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 (Legge 31.12.1996, n. 675 "Tutela della privacy" art. 27).

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE A TUTELA DELLA SALUTE DELL'ALUNNO

DOCUMENTO DA INSERIRE NEL FASCICOLO PERSONALE DELL'ALUNNO

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore o affidatario dell'alunno/a _____ frequentante la scuola materna/elementare/media _____ dichiara sotto la propria responsabilità che, in caso di improvviso malore che colpisca il/la bambino/a durante le ore di permanenza a scuola, desidera che si prendano le seguenti misure:

- Avvertitemi telefonicamente e verrò a prenderlo/a tel. _____
- Avvertite la persona di mia fiducia Sig. _____
via _____ n. _____ tel. _____
che verrà a prenderlo/a;
- Se io o la persona di fiducia non possiamo muoverci, portatelo a casa a mezzo TAXI e pagheremo la spesa;
- Se non riuscite a rintracciare nessuno chiamate il medico del bambino Dott. _____ al n. tel. _____ e seguite le sue indicazioni;
- Se la situazione è preoccupante chiamate l'autoambulanza perché il/la bambino/a sia accompagnato/a al Pronto Soccorso Ospedaliero più vicino, mi assumerò ogni onere in merito;
- Se non trovate nessuno e il bambino presenta apparentemente sintomi non gravi, tenetelo a scuola per l'orario previsto, mi assumerò ogni responsabilità in merito;

Le indicazioni fornite avranno valore per tutto il corso di studi seguito dal bambino/a salvo diversa comunicazione che produrrò al momento in cui i dati su indicati dovessero variare per qualunque motivo.

In fede

(il genitore o chi esercita la patria potestà)

Professione del Padre:

(solo per fini statistici)

Titolo di studio:

(solo per fini statistici)

Telefono luogo di lavoro:

(per comunicazioni urgenti)

Professione della Madre:

(solo per fini statistici)

Titolo di studio:

(solo per fini statistici)

Telefono luogo di lavoro:

(per comunicazioni urgenti)

Nominativi di altri figli eventualmente iscritti in altre scuole o stessa scuola:

1) figlio _____ data di nascita _____ Scuola o Istituto _____

2) figlio _____ data di nascita _____ Scuola o Istituto _____

3) figlio _____ data di nascita _____ Scuola o Istituto _____

4) figlio _____ data di nascita _____ Scuola o Istituto _____

Dichiara inoltre, di esonerare la scuola da ogni responsabilità per quanto concerne eventuali incidenti in merito a:

- a) entrate ed uscite anticipate, rispetto all'orario delle lezioni, rese necessarie da ragioni interne della scuola, previo avviso scritto;
- b) visite culturali e visite guidate nell'ambito dell'orario di lezione.

Si prende atto che il P.O.F. (Piano di Offerta Formativa), il Regolamento d'Istituto e le "regole organizzative" per l'anno scolastico oggetto di iscrizione verranno consegnati entro ottobre c.a. nella riunione del Consiglio di Classe dedicata alla presentazione della programmazione.

Si prende atto dei compensi e delle modalità di pagamento come da allegato alla presente.

Si ricorda che la Scuola non è responsabile della qualità dei prodotti solo sporzionati, acquistati presso Mense esterne. Saranno comunque rilevati i problemi riscontrati dal nostro personale e fatti presenti nelle opportune sedi in modo che i genitori interessati possano prendere le decisioni conseguenti.

richiedo P.O.F. per anno scolastico in corso

Richiedo l'invio delle comunicazioni dalla Scuola:

al seguente indirizzo di posta elettronica _____

al seguente indirizzo _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- 1) ricevuta versamento su c/c postale n. 11792520 intestato a Conservatorio SS Annunziata di **€ 150,00** (comprensiva di assicurazione)
- 2) n. 2 foto formato tessera

Per gli alunni stranieri:

- 3) fotocopia di documento di riconoscimento o passaporto

San Giovanni Valdarno _____

FIRMA DEL GENITORE
o di chi ne fa le veci