

# 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](mailto:segreteria@scuolasuoreagostiniane.it)

__ I __ sottoscritt__ _____ <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore Cognome e nome
Dell'alunn__ _____ / _____ Cognome Nome
<b>CHIEDE</b>
L'iscrizione dell' _____ stess _____ alla classe _____ sez. _____ nido d'infanzia 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 <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> 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	- Codice Fiscale	Luogo e data di nascita
_____	_____	Parentela
_____	_____	_____
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Data _____	_____	
<small>Firma di autenticazione (leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere Al momento della presentazione della domanda all'impegno della scuola.</small>		

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