

ALLA DIREZIONE DELLA SCUOLA

FONDAZIONE SCUOLA MATERNA "PIETRO CISMONDI"  
VIA ROMA N. 77—25030 RONCADELLE (BS)

Domanda di iscrizione

I sottoscritti genitori:

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_  
Contatto Telefonico \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

E

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_  
Contatto Telefonico \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Tel. Nonna/o paterno (nome e tel).....

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Tel. Nonna/o materna (nome e tel).....

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

l'iscrizione a codesta scuola per l'anno scolastico **2024/2025**:

- Scuola dell'infanzia tradizionale  
 Scuola dell'infanzia sezione Montessori

Dati anagrafici del bambino:

\_\_\_\_\_ (cognome e nome del bambino) \_\_\_\_\_ (codice fiscale del bambino)

I sottoscritti dichiarano, ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, che i dati sopraindicati sono veritieri.

DICHIARANO:

di essere a conoscenza che la Scuola è una scuola paritaria, ai sensi della L. 62/2000, e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia;

di essere consapevoli che l'IRC (Insegnamento Religione Cattolica) è parte integrante del progetto educativo di questa scuola paritaria e rappresenta un aspetto culturale determinante per la formazione dell'iscritto pur nel rispetto degli alunni di diverse culture. Accettano quindi che il figlio si avvalga dell'insegnamento della religione cattolica, svolto secondo le modalità previste dalla normativa;

di avere ricevuto, essere a conoscenza e condividere il progetto educativo (sintesi P.T.O.F.) ispirato ai valori cristiani e che si attiene agli orientamenti educativi e didattici previsti dalla normativa nazionale;

di aver ricevuto il regolamento interno della scuola e di accettarne il contenuto, in particolare le norme che riguardano l'organizzazione scolastica;

di aver ricevuto l'informativa relativa all'attestazione ISEE (solo per le iscrizioni alla sezione tradizionale)

di prendere atto che l'azione formativa della Scuola, tesa ad agevolare l'adempimento dei compiti educativi propri della famiglia, viene svolta in stretta collaborazione con la famiglia stessa alla quale è richiesto di partecipare attivamente alla vita della Scuola.

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa (L. 445/2000), consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

**dichiarano che**

l'alunno/a .....  maschio  femmina

è nato/a a ..... il .....

codice fiscale (del/della bambino/a) .....

è cittadino italiano  altra nazionalità (da specificare).....

· è residente a .....(Prov.) .....,

via ..... N..... CAP .....

Parrocchia di .....,

domicilio (se diverso dalla residenza)

.....

· è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  SI  NO

Fornisce la seguente documentazione .....

· Ha frequentato per anni .....la seguente scuola:

asilo-nido .....  Scuola infanzia .....

· Ha il fratello o la sorella che frequenta il nido o la scuola dell'infanzia  SI  NO

Dove .....

· Ha altri parenti (es. cugini) che frequentano codesta scuola dell'infanzia  SI  NO

Nome .....

· Soffre di allergie  SI  NO

In caso di risposta affermativa. Specificare qui sotto le allergie di cui soffre. Si impegnano a consegnare entro il 30/06/2023, ovvero entro 15 giorno dalla sottoscrizione della presente domanda e prima dell'inizio della frequenza, in busta chiusa documentazione riguardante le allergie.

(Le allergie devono sempre essere certificate dal medico curante).

.....  
.....

· Soffre di qualche malattia  SI  NO

In caso di risposta affermativa si impegnano a consegnare entro il 30/06/2023, ovvero entro 15 giorno dalla sottoscrizione della presente domanda e prima dell'inizio della frequenza, in busta chiusa documentazione medica riguardante tali malattie o problemi di salute.

In caso di richiesta di somministrazione di farmaco salvavita, si impegnano a compilare i moduli ATS e attivare la procedura. Il farmaco salvavita dovrà essere fornito alla scuola prima dell'inizio della frequenza da parte del minore e sarà premura della famiglia prendere nota della data di scadenza e sostituirlo al momento opportuno

· Menù richiesto

Menù standard  Menù vegetariano  Menù no carne

Menù no carne suino  Menù no carne bovino  Menù vegano

· Altri aspetti da segnalare

.....  
.....

I sottoscritti, consapevoli delle possibili situazioni di emergenza che potrebbero verificarsi a nostro/a figlio/a durante la permanenza a scuola,

— **COMUNICANO** il recapito telefonico al quale essere contattati in caso di necessità

.....appartenente a .....

— **AUTORIZZANO** la Fondazione Scuola Materna "P. Cismondi", a prendere le decisioni ritenute necessarie (compreso intervento medico), **accettando** la valutazione dell'emergenza operata dalla stessa scuola.

Data.....

Firma del padre .....

Firma della madre .....

## AUTORIZZAZIONI

### · USCITE DIDATTICHE – RELIGIOSE – RICREATIVE

I sottoscritti:

AUTORIZZANO                       NON AUTORIZZANO

le uscite della figlia/o dalla struttura scolastica qualora si ritenesse opportuno ai fini didattici, religiosi e ricreativi con o senza mezzo di trasporto.

### · SOMMINISTRAZIONE CIBO E BEVANDE PER PROGETTI/FESTE

I sottoscritti:

AUTORIZZANO                       NON AUTORIZZANO

le somministrazioni di cibo e bevande al proprio/a figlio/a da parte della scuola in occasione delle seguenti proposte e progetti:

- *Le stagioni*
- *La scoperta dei frutti stagionali*
- *Orto didattico*
- *Festeggio il mio compleanno a scuola*
- *Un dolcetto per gli amici*
- *Eventuali feste*

In pieno rispetto di diete/allergie/intolleranze dichiarate e accompagnate da certificato medico in corso di validità, allegare documentazione per attestarle (se non dichiarate ad inizio anno scolastico).

### · UTILIZZO IMMAGINI (Art.13, Regolamento UE 679/16)

#### ***Valide per tutto il tempo di permanenza nella scuola***

*La scuola intende utilizzare*

*Immagini e riprese video nelle quali alcuni alunni sono riconoscibili*

*Possibile diffusione*

*Promozione dell'attività della scuola attraverso:*

*pubblicazioni di materiale informativo sia cartaceo che informatico, mostre, incontri formativi con genitori e insegnanti, filmato rappresentativo delle attività svolte.*

*Le immagini utilizzate sono pertinenti rispetto al contenuto della pubblicazione e non raffigurano elementi dai quali risultino evidenti stati di salute o altre informazioni soggette a particolare tutela.*

*Alle immagini non sarà abbinata alcuna informazione di carattere personale.*

*La scrivente non è responsabile per l'utilizzo che terzi potranno fare delle immagini pubblicate.*

---

**In riferimento all'informativa consegnata, relativamente alla possibilità di diffusione mediante i mezzi e per le finalità dichiarate nell'informativa stessa:**

danno il consenso

negano il consenso

I sottoscritti dichiarano inoltre che, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e del Reg. UE 679/2016 (vigente normativa italiana in materia di privacy) e della specifica delibera dell’Autorità Garante “La scuola a prova di privacy”, qualsiasi materiale foto/video prodotto in occasione di eventi organizzati dalla scuola (recite, gite, saggi, ecc.) da noi stessi, da nostro figlio o da nostri familiari/amici, sarà utilizzato esclusivamente in ambito familiare/amicale, evitando la diffusione via Internet o la comunicazione a soggetti terzi, sollevando la scuola da qualsiasi responsabilità in merito.

Data.....

Firma del padre .....

Firma della madre .....

## DELEGA ANNUALE

I sottoscritti .....

Genitori di .....

Iscritto alla scuola dell'Infanzia "P. Cismondi" per l'anno scolastico 2024/2025

### DELEGANO

ed autorizzano al ritiro del/la proprio/a bambino/a dalla scuola dell'infanzia, sollevando la scuola stessa da ogni responsabilità nell'affidare il proprio figlio alle persone indicate di seguito, assumendosi ogni responsabilità per qualsiasi evento possa verificarsi nel tragitto da scuola a casa.

NOME E COGNOME	RUOLO	NUMERO DOCUMENTO IDENTITÀ	SCADENZA DOCUMENTO IDENTITÀ

#### NOTA BENE:

- Anche se si decide di non delegare alcuna persona, è comunque necessario riconsegnare, compilato questo modulo e allegare fotocopia dei documenti d'identità dei genitori del bambino/a;
- È altresì necessario allegare a questo modulo fotocopia dei documenti d'identità delle persone che si ritiene di delegare al ritiro del proprio/a bambino/a, altrimenti non si può procedere con il ritiro.
- **NON PUO' ESSERE DELEGATO AL RITIRO DEL PROPRIO/A BAMBINO/A ALCUN MINORE DI 18 ANNI.**

Data.....

Firma della mamma .....

Firma del papà .....

#### INFORMATIVA DOVUTA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.L. 30/06/2003 N. 196 (PRIVACY)

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo si informa che: il materiale prodotto è conservato presso la scuola, ed è necessario per consentire al personale scolastico l'identificazione delle persone delegate al ritiro del bambino. Il titolare del trattamento dei dati è la Scuola Materna "P. Cismondi" via Roma 77- Roncadelle, il responsabile del trattamento dei dati è il Presidente della scuola stessa. L'interessato gode dei diritti di cui all'art.7 del citato D.L.,fra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano,nonché ad alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare,aggiornare,completare o cancellare i dati erronei,incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge,nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti possono essere fatti valere nei confronti della Scuola Materna P.Cismondi via Roma 77-Roncadelle.

È necessario allegare alla domanda di iscrizione:

*copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale dei genitori*

*copia del codice fiscale del bambino*

*copia del documento d'identità in corso di validità di tutti i delegati*

*dichiarazione sostitutiva stato di famiglia e residenza e ripartizione spesa retta (allegati al presente modulo)*

## CONSENSO AL TRATTAMENTO

(D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 - modificato dal D.Lgs. 10.08.2018, n. 101, Regolamento (UE) 2016/679.

Luogo e data \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_

A seguito dell'informativa fornita dichiariamo di averne letto il contenuto ed esprimiamo il consenso al trattamento dei dati necessari al perseguimento delle finalità espresse. In particolare, relativamente ai punti:

punto 3): trattamento e comunicazione di dati sensibili per le finalità dichiarate al punto 1), e negli ambiti descritti al punto 3, consapevole delle conseguenze di una eventuale negazione del consenso:

do il consenso  nego il consenso

punto 6): vincoli religiosi o di altra natura

allego richiesta

punto 7/c): conservazione del Fascicolo personale

do il consenso  nego il consenso

punto 11): elenco delle persone autorizzate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, del bambino

Con la presente dichiarazione solleviamo la Scuola da ogni responsabilità civile per eventi dannosi.

Data .....

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI .....

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI .....

*Si allegano:*

*informativa privacy*

*regolamento di istituto*

*modulo per ripartizione spesa retta (da rendere compilato)*

*dichiarazione sostitutiva di stato famiglia e residenza (da rendere compilato)*