



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

AS _____

Il/la Signor/a	
Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> Iscrive	<input type="checkbox"/> Non Iscrive - se nell'obbligo allegare lettera di motivazione
ISCRIZIONE IN DEROGA - Solo per bambini nati ad agosto e settembre	
<input type="checkbox"/> SI - allegare lettera di motivazione	<input type="checkbox"/> NO

DATI ALLIEVO

Cognome e nome:

Primogenito (sì-no):

Data di nascita		Sesso	
Lingua materna		Ev. seconda lingua	
Luogo di nascita ¹⁾		Domicilio	
Nazionalità		Attinenza ²⁾	

Solo per stranieri

Tipo di permesso ³⁾		Scadenza		Entrata in CH	
--------------------------------	--	----------	--	---------------	--

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri 3) B - C - D - G - F - N - S

DATI GENITORI

Paternità		Maternità	
Prof. Padre		Prof. Madre	
Autorità parentale ⁴⁾		Situazione fam. ⁵⁾	
E-mail Padre		E-mail Madre	
Cellulare Padre		Cellulare Madre	
Tel. Privato Padre		Tel. Privato Madre	
Tel. professionale		Tel. professionale	

4) genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella

5) sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale - unione registrata

INDIRIZZO ALLIEVO E TELEFONO PRINCIPALE

Indirizzo e località		Tel. principale	
----------------------	--	-----------------	--

Recapiti padre se diversi da figlio

Recapiti madre se diversi da figlio

Indirizzo		Indirizzo	
Località		Località	
Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi)			

Ev. tutore/curatore

Ev. tutore/curatore			
Indirizzo		Località	
Tel. privato		Cellulare	
Tel. professionale		E-mail	

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico e/o Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI)

--	--	--	--

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

Cassa malati		Medico curante	
Assicurazione infortuni		RC	
Osservazioni sanitarie			



REFEZIONE SCOLASTICA

(PER LE SEDI DOVE È PRESENTE, OPZIONE VALIDA SOLO PER L'ANNO FACOLTATIVO)

Rinuncia alla refezione scolastica: Firma:

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

Nome	Data di nascita	Classe/sezione	Docente	Sede Scolastica
------	-----------------	----------------	---------	-----------------

INFORMAZIONI ULTERIORI – 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)	

|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

Inviare:

- o **Questo formulario entro fine febbraio**
- o **Il certificato medico ufficiale entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi (visita dei 3 anni).**

Indirizzo:

Direzione congiunta istituti scolastici
Medio Malcantone, Tresa e Pura
Via Meguldín 14
c/o Villa Alta
6986 Novaggio

Per i comuni dove è previsto il trasporto scolastico e/o una mensa sociale, seguiranno informazioni dettagliate

Sito internet della direzione scolastica: www.scuole-mmtp.ch

|Luogo e data

|Firma genitore o rappresentante legale