

Istituto scolastico Zona Arancione

Via H. Guisan 7a
6500 Bellinzona

Tel: 058 203 32 00
E-mail: zona.arancione@bellinzona.ch

Direzione
Mattia Sansossio

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2026-2027

DATI ALLIEVO

COGNOME e NOME				Primogenito	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Data di nascita	Genere	<input type="checkbox"/>	Femmina	<input type="checkbox"/>	Maschio
Lingua materna	Ev. seconda lingua				
Luogo di nascita <i>se straniero indicare la Nazione</i>	Domicilio <i>indirizzo e località</i>				
Nazionalità	Attinenza <i>per gli svizzeri</i>				

Solo per stranieri

|Tipo di permesso | Scadenza |Entrata in CH
 $B-C-D-G-F-N-S$

Il/la Signore/a	Cognome	Nome	
<input type="checkbox"/> Iscrive	<input type="checkbox"/> Al 2° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2020 e il 31.7.2021)	
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2021 e il 31.7.2022)	
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga	(nati tra l'1.8.2022 e il 30.9.2022)	
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo	(nati tra l'1.8.2022 e il 31.7.2023)	
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga	(nati tra l'1.8.2023 e il 30.9.2023)	
	<i>Se iscrizione con deroga, allegare la lettera di motivazione</i>		
<input type="checkbox"/> Non iscrive	<i>Se in obbligo scolastico, allegare la lettera di motivazione</i>		

DATI GENITORI

Paternità	di	Maternità	di
Professione padre		Professione madre	
Autorità parentale		Situazione familiare	

Recapiti padre se diversi da figlio/a

Recapiti madre se diversi da figlio/a

Indirizzo	Indirizzo
Località	Località
Cellulare	Cellulare
Tel. privato	Tel. privato
Tel. professionale	Tel. professionale
E-mail	E-mail
Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi)	

Ev. tutore/curatore

Cognome e nome		
Indirizzo	Località	
Tel. privato	Cellulare	
Tel. professionale	E-mail	

|Luogo e data

|Firma genitore o rappresentante legale

compilare anche la parte sul retro →

ALLERGIE O INTOLLERANZE

Presentare Progetto di Accoglienza Individualizzato (PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi

REFERENZE per allieve e allievi dell'anno facoltativo Non Iscrive (scelta vincolante per tutto l'anno scolastico)**INFORMAZIONI SANITARIE**

Cassa malati	Medico curante
Assicurazione infortuni	RC
Osservazioni sanitarie	

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

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

|Luogo e data

|Firma genitore o rappresentante legale

Ritornare il formulario entro venerdì 13 febbraio 2026 a:
Istituto scolastico Bellinzona, Zona Arancione, via H. Guisan 7a, 6500 Bellinzona
(la Direzione si riserva la possibilità di respingere eventuali iscrizioni tardive)