

# Istituto Scolastico Zona Gialla

Via M. Comacini 2  
6500 Bellinzona

Tel: 058 203 33 00  
E-mail: zona.gialla@bellinzona.ch

Direzione  
Manuela Pellencini

## 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 <i>B - C - D - G - F - N - S</i>	Scadenza	Entrata in CH
--	----------	---------------

Il/la Signore/a	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> <b>Iscrive</b>	<input type="checkbox"/> <b>Al 2° anno obbligatorio</b>	(nati tra l'1.8.2020 e il 31.7.2021)
	<input type="checkbox"/> <b>Al 1° anno obbligatorio</b>	(nati tra l'1.8.2021 e il 31.7.2022)
	<input type="checkbox"/> <b>Al 1° anno obbligatorio con deroga</b>	(nati tra l'1.8.2022 e il 30.9.2022)
	<input type="checkbox"/> <b>All'anno facoltativo</b>	(nati tra l'1.8.2022 e il 31.7.2023)
	<input type="checkbox"/> <b>All'anno facoltativo con deroga</b>	(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"/> <b>Non iscrive</b>	<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	
<i>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</i>		<i>sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata</i>	

### 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


**REFEZIONE 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 Gialla, via M. Comacini 2, 6500 Bellinzona**  
 (la Direzione respingerà eventuali iscrizioni tardive)