

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2026-2027

DATI ALLIEVO

COGNOME e NOME		Primogenito ☐ SI ☐ NO	
Data di nascita		Genere	☐ Femmina ☐ Maschio
Lingua materna		Ev. seconda lingua	
Luogo di nascita se straniero indicare la Nazione		Domicilio indirizzo e località	
Nazionalità		Attinenza per gli svizzeri	

Solo per stranieri

Tipo di permesso B - C - D - G - F - N - S	Scadenza	Entrata in CH
Indirizzo e località		Tel. principale

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

DATI GENITORI

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

genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata

Recapiti padre (se diverso da quello del bambino)

Recapiti madre (se diverso da quello del bambino)

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 valida 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	☐
	Psicomotricità	☐
	Ergoterapia	☐
	Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	☐
	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	☐
	Difficoltà motorie	☐
	Altre difficoltà	☐

|Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

|Luogo e data

|Firma genitore o rappresentante legale