



Istituto scolastico di Bellinzona

Zona Blu

Via al Guast 4
6528 CamorinoTel: 058 203 35 00
E-mail: zona.blu@bellinzona.chDirezione
Mauro Valli

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2022-2023

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
Indirizzo e località		Tel. principale

Il/la Signore/a	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> Iscrive	<input type="checkbox"/> Al 2° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2016 e il 31.7.2017)
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2017 e il 31.7.2018)
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga	(nati tra l'1.8.2018 e il 30.9.2018)
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo	(nati tra l'1.8.2018 e il 31.7.2019)
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga	(nati tra l'1.8.2019 e il 30.9.2019)
	<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	
<i>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</i>		<i>sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata</i>	

Recapiti padre

Recapiti madre

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

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

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	
--------------	--	--	--