

Istituto scolastico di Bellinzona	Zona Blu
Al Guast 4 6528 Camorino	Tel: 058 203 35 00 E-mail: zona.blu@bellinzona.ch
	Direzione Mauro Valli

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2023-2024

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 <small>se straniero indicare la Nazione</small>	Domicilio <small>indirizzo e località</small>		
Nazionalità	Attinenza <small>per gli svizzeri</small>		

Solo per stranieri

Tipo di permesso <small>B - C - D - G - F - N - S</small>	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'1.8.2017 e il 31.7.2018) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio (nati tra l'1.8.2018 e il 31.7.2019) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga (nati tra l'1.8.2019 e il 30.9.2019) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo (nati tra l'1.8.2019 e il 31.7.2020) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga (nati tra l'1.8.2020 e il 30.9.2020) <small>Se iscrizione con deroga, allegare la lettera di motivazione</small>
<input type="checkbox"/>	Non iscrive	<small>Se in obbligo scolastico, allegare la lettera di motivazione</small>

DATI GENITORI

Paternità	di	Maternità	di
Professione padre		Professione madre	
Autorità parentale		Situazione familiare	
<small>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</small>		<small>sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata</small>	

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 _____

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