

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA ELEMENTARE

2024-2025

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
Indirizzo	Npa e Località		
Tel principale	E-mail principale		
Lingua materna	Ev. seconda lingua		
Luogo di nascita <i>se straniero indicare la Nazione</i>	Domicilio		
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"/> Iscrive <input type="checkbox"/> I elementare <input type="checkbox"/> II elementare <input type="checkbox"/> III elementare <input type="checkbox"/> IV elementare <input type="checkbox"/> V elementare		
<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	<input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Congiunta <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Fam. affidataria		
Situazione familiare	<input type="checkbox"/> Sposati <input type="checkbox"/> Conviventi <input type="checkbox"/> Divorziati/separati <input type="checkbox"/> Fam. Monoparentale <input type="checkbox"/> Unione registrata		
L'allievo/a vive con	<input type="checkbox"/> con entrambi i genitori <input type="checkbox"/> con la madre <input type="checkbox"/> con il padre <input type="checkbox"/> Fam. Affidataria <input type="checkbox"/> con altri		

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

INFORMAZIONI SANITARIE

Cassa malati		Medico curante	
Ass. infortuni		RC	
Osservazioni sanitarie			

FRATELLI E SORELLE che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)

Nome	Data di nascita	Classe/sezione	Docente	Sede Scolastica

FREQUENZA SCOLASTICA: l'allievo/a ha già frequentato la scuola dell'infanzia o scuola elementare?

Dal... al...	Cantone/Luogo	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	
--------------	--	--	--