

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

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"/> Al 2° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2018 e il 31.7.2019)
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio	(nati tra l'1.8.2019 e il 31.7.2020)
	<input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga	(nati tra l'1.8.2020 e il 30.9.2020)
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo	(nati tra l'1.8.2020 e il 31.7.2021)
	<input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga	(nati tra l'1.8.2021 e il 30.9.2021)
	<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	<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

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

|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?

|Dal... al...

|Cantone/Luogo

|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