

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2025-2026

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'1.8.2019 e il 31.7.2020) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio (nati tra l'1.8.2020 e il 31.7.2021) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga (nati tra l'1.8.2021 e il 30.9.2021) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo (nati tra l'1.8.2021 e il 31.7.2022) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga (nati tra l'1.8.2022 e il 30.9.2022) <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	Maternità
Professione padre	Professione madre
Autorità parentale	Situazione familiare

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

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