



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI 1° GRADO

"DANTE ALIGHIERI" - Venezia (VE)

Codice Meccanografico VEIC839002 - Codice Fiscale 80013070273 San
Marco, 3042 - 30124 Venezia - (VE)

www.icdantealighierivenezia.edu.it - veic839002@istruzione.it - veic839002@pec.istruzione.it

Tel 041 5225157 - Fax 041 5204717

Domanda di iscrizione alla scuola dell'Infanzia "M. PASCOLATO"

A.S. 2025 - 2026

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"DANTE ALIGHIERI" VENEZIA

I sottoscritti genitori:

Padre:

Cognome e nome, _____ nato _____

Provincia _____ Stato (_____) il _____

codice fiscale* _____ residente a _____ Via _____

Madre:

Cognome e nome, _____ nata _____

Provincia _____ Stato (_____) il _____

codice fiscale* _____ residente a _____ Via _____

Eventuale tutore:

Cognome e nome, _____ nato/a _____

il ____ / ____ / ____ Prov./Stato (_____)

codice fiscale* _____ residente a _____ Via _____

Telefono: _____

Del/della bambino/a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____ Prov./Stato

codice fiscale* _____

residente a* _____ via/sestiere* _____ n. _____

CAP _____ Cittadinanza _____

cell. Madre* _____ e-mail madre* _____

professione madre _____

cell. Padre* _____ e-mail padre* _____

professione padre _____

***dati obbligatori**

altra figura riferimento (indicare solo se ritenuto utile del dichiarante)

Sig. _____ tel. _____

(grado parentela) _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'A.S. 2025/2026

del/della proprio/a figlio/a alla scuola dell'infanzia Statale "M. Pascolato"

intende avvalersi del servizio per l'intera giornata con mensa (orario funzionamento **dalle 8.00 alle 16.00**)

intende avvalersi del servizio per la sola attività antimeridiana senza mensa (orario funzionamento dalle 8.00 alle 11.50)

intende avvalersi del servizio per la sola attività antimeridiana con mensa (orario funzionamento dalle 8.00 alle 13.30-13.45)

intende avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica SI NO

il/la proprio/a figlio/a è provvisto di certificazione dell'Equipe Medica del Centro di Neuroipsichiatria del Territorio o di altro Ente

SI NO

Se il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da una qualche forma di allergia a di intolleranza alimentare presentare richiesta sul portale del comune DIME al seguente indirizzo mail: <https://dime.comune.venezia.it/>

SCHEDA BIOGRAFIA SCOLASTICA ALUNNI STRANIERI

Alunno/a COGNOME _____ NOME _____

M F

Da quanti anni vive in Italia sempre a Venezia SI NO

ha frequentato la scuola dell'infanzia nel paese di origine SI NO

quanto tempo ha frequentato la scuola dell'infanzia ANNI MESI

regolarmente SI NO

LINGUA PARLATA DAL BAMBINO

LINGUA PARLATA DAI GENITORI

ITALIANO SI NO

ITALIANO SI NO

altra lingua _____

altra lingua _____

Data _____

Firma (madre) _____

Firma (padre) _____

