

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

DI SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI 1° GRADO

“DANTE ALIGHIERI” – Venezia (VE)

Cod. Mec. VEIC839002 – Cod. Fisc. 80013070273

San Marco, 3042 – 30124 Venezia - (VE)

www.icdantealighierivenezia.edu.it - veic839002@istruzione.it - tel 041 5225157 - fax 041 5204717

## Domanda di iscrizione alla scuola dell'Infanzia “ PASCOLATO ”

A.S. 2024 - 2025

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. 2024 - 2025

del/della proprio/a figlio/a alla scuola dell'Infanzia Statale "B.Munari"

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/a di certificazione dell'Equipe Medica del Centro di Neuropsichiatria del Territorio o di altro Ente  SI'  NO

il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da una qualche forma di allergia o di intolleranza alimentare

SI'  NO (in caso affermativo presentare una certificazione medica in segreteria)

Richiesta di ammissione alla frequenza anticipata

(per i nati entro il 30 aprile 2020)  SI'  NO

Il sottoscritto, nel richiedere l'ammissione anticipata alla scuola dell'Infanzia, è consapevole che l'accoglimento dell'istanza è subordinato alla disponibilità dei posti, alla precedenza dei bambini/e non anticipatari, all'esaurimento di eventuali liste di attesa.

Dichiara che il bambino/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie\*\*  SI'  NO

**\*\*dato obbligatorio**

Che la propria famiglia convivente è composta da: (escluso/a l'alunno/a iscritto/a)

(cognome e nome) \_\_\_\_\_ (luogo di nascita) \_\_\_\_\_ (data di nascita) \_\_\_\_\_ (parentela) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SCHEDA BIOGRAFIA SCOLASTICA ALUNNI STRANIERI

Alunno/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

M  F

**scolarità pregressa**

-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 materna ANNI \_\_\_\_\_ MESI \_\_\_\_\_

-regolarmente SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**lingua parlata dal bambino/a**

**lingua parlata dai genitori**

italiano  
 lingua del paese di origine  
 altra lingua \_\_\_\_\_

italiano  
 lingua del paese di origine  
 altra lingua

Data \_\_\_\_\_

Firma (madre) \_\_\_\_\_

Firma (padre) \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZAZIONE FOTO/VIDEO**

**Autorizzo** le insegnanti o i genitori dei compagni di classe a riprendere con la macchina fotografica, videocamera e/o webcam il proprio figlio/a, nell'ambito di attività di laboratorio, feste, gite scolastiche, manifestazioni culturali.

**Autorizzo** altresì l'istituzione scolastica all'uso di tali prodotti audiovisivi, per scopi pedagogici ed educativi, all'interno della scuola.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **USCITE DIDATTICHE NEL TERRITORIO**

**Autorizzo** mio figlio/a \_\_\_\_\_ a partecipare a tutte le uscite didattiche nell'ambito del territorio comunale che si effettueranno in orario scolastico. Sollevo l'autorità scolastica da ogni responsabilità che non derivi da comportamenti omissivi del personale scolastico.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

**Informativa sul trattamento dei dati personali – Scuole Statali –**

**(Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)**