## SUORE FRANCESCANE MISSIONARIE DI GESÙ BAMBINO ISTITUTO "SANTA MARIA DEGLI ANGELI" - SCUOLA PRIMARIA

VIA BARBARA MICARELLI, 3 - 67100 L'AQUILA TEL. 0862 24559

E-mail: <a href="mailto:ismaelem@hotmail.it">ismaelem@hotmail.it</a>

## (SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATO MAIUSCOLO)

MODULO ISCRIZIONE A	۸. S				
L sottoscritto		in quali	tà di □ padre □ m	nadre □ tutore	
	(cognome, nome e nomi oltre il				
	СНІ	EDE			
l'iscrizione di su figli_	alla classe di codesta S	CUOLA PRIMARIA -	- L'AQUILA.		
A tal fine dichiara, in b	oase alle norme sullo snellime	ento dell'attività an	nministrativa e co	nsapevole delle	
responsabilità cui va in	contro in caso di dichiarazion	e non corrisponder	nte al vero, che		
L'alunno/a					
	(cognome, nome e nomi oli	. ,			
• Codice fiscale ////					
• È nato/a	ato/a prov il//				
È cittadino/a □ italiano/a □ altro (indicare nazionalità)					
• È residente a			CAP	prov	
• In Via/Piazza			CAP	prov	
• È domiciliato/a a _			CAP	prov	
• In Via/Piazza			CAP	prov	
Proviene dalla Scuola					
	(Nome)	(	Luogo)		
• Che la propria famiglia è composta da (INDICARE <u>L'INTERO</u> NUCLEO FAMILIARE INCLUSO LO					
SCRIVENTE):					
PADRE MADRE		MADRE			
C.F		C.F			
Data di nascita		Data di nascita			
Luogo di nascita		Luogo di nascita			
Titolo di studio		Titolo di studio			
Professione		Professione			
Telefono		Telefono			
e-mail:		e-mail:			

	ALTRI COMPONENTI DELLA FAMIGI	.IA
Grado di parentela	Cognome e nome	Data e luogo di nascita
Ai sensi dell'art. 1341	-1342 del Codice Civile dichiara di conoscere sp	ecificatamente le somme dovute, la
modalità di pagamen	to previste nel caso di omesso pagamento.	
autorizzati a prelevare	nano a comunicare entro l'inizio delle attività de da Scuola il/la bambino/a e a consegnare le fotoc tori e/o del/dei tutore/i) mediante i moduli predisp	opie dei relativi documenti di identità
	di accettare senza riserve il calendario scolastico st eliberato dalla Regione Abruzzo) e di accettare sin	
I sottoscritti dichiarano	che intendono richiedere alla Scuola per tutto l'anne	o scolastico anche il seguente servizio:
SERVIZIO POST-SCUOLA	A (dalle 16.00 alle 18.00) per 5 giorni a settimana	si † no†
	o ad effettuare alla scuola i pagamenti previsti per ta ni generali di contratto.	ali servizi richiesti, secondo le modalità
Al fine di agevolare il	rapporto scuola famiglia riferisce che:	
• L'alunno/a sof	ffre delle seguenti allergie:	
Dichiara di ave	er sottoposto l'alunno/a alle vaccinazioni prescri	tte presso l'ASL di:
DATA		

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

(Firma del genitore)