



La Zucca Felice
Nido & Spazio Gioco
Gruppo San Donato

MOD ISCRIZIONE

rev 00
14/05/2020



MODULO ISCRIZIONE

SERVIZIO

Asilo Nido LA ZUCCA FELICE

Iscrizione per l'anno/.....

del bambino/a _____



Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Asilo Nido _____

Per l'anno educativo _____

Per mio/a figlio/a _____

Nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Modalità di frequenza richiesta:

- Part time mattino
- Part time pomeriggio
- Full time corto
- Full time lungo
- Altro _____

A tale scopo, al fine del perfezionamento dell'iscrizione, fornisce i seguenti dati relativi ai componenti del nucleo familiare del minore iscritto

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE

COGNOME E NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE*	
PROFESSIONE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO abitazione/lavoro	
CELLULARE	
INDIRIZZO MAIL	

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE

COGNOME E NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE*	
PROFESSIONE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO abitazione/lavoro	
CELLULARE	
INDIRIZZO MAIL	

*Indicare il CF del genitore al quale verrà intestata la fattura per il pagamento della retta



Recapiti utili in caso di necessità:

Cognome e nome	Legame di parentela	Numero di telefono

AUTORIZZAZIONI

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività e uscite che saranno organizzate al di fuori dei locali dell'asilo e che mi saranno comunicate telefonicamente, tramite avviso affisso in bacheca e/o comunicazione sulla bacheca virtuale del sito internet/ app e/o tramite e-mail, previste dal Progetto Pedagogico.

SI **NO**

Necessita di somministrazione farmaci salvavita come previsto dal Regolamento ATS.
(in caso positivo allegare certificato medico e compilare apposita documentazione)

SI **NO**

DICHIARO INOLTRE:

- Che mio figlio è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie (Si allega certificato) **SI** **NO**
- Soffre di particolari allergie e/o intolleranze (In caso positivo allegare certificato medico) **SI** **NO**
- È affetto dalla seguente patologia: _____
- Di essere consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli art: 46 e 47 del dpr 445/2000
- Di aver sottoscritto il modulo relativo all'informativa e consenso per il trattamento dei dati personali sensibili;
- Di aver letto e compreso il regolamento del servizio;
- Di aver allegato il documento d'identità di ciascun genitore.



La Zucca Felice
Nido & Spazio Gioco
Gruppo San Donato

MOD ISCRIZIONE

rev 00
14/05/2020



Ulteriori segnalazioni di rilievo da riferire:

DATA E LUOGO

Firma (per esteso e leggibile per entrambi i genitori)

Padre _____

Madre _____

Firma coordinatore

Num protocollo