



Scuola dell'Infanzia Giovanni XXIII

Via S. Maria 11/13 24021 Comenduno di Albino -BG-

Tel/fax 035751668 - infanziacomenduno@gmail.com

www.infanziacomenduno.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

I SOTTOSCRITTI _____

Preso atto del Progetto educativo, dell'Offerta Formativa e del Regolamento della Scuola dell'Infanzia Giovanni XXIII di ispirazione cristiana sita in via S: Maria 11/13 Comenduno di Albino

chiedono l'iscrizione del/della proprio/a

figlio/a _____

Per l'anno scolastico 2024/2025

SEZ. PRIMAVERA



Cognome _____ Nome _____

Italia Estero

Stato nascita _____ Comune di nascita (Stato se nato all'estero) _____ Provincia nasc. _____

Data nascita _____ Sesso M F _____ Codice Fiscale _____

Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____

SEZIONE PRIMAVERA

Anno Scolastico _____

NON COMPILARE - SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Scuola _____ Sezione _____ Classe _____
 Iscritto Lista d'attesa _____
 Situazione iscrizione _____ Data iscrizione _____

Residenza

Indirizzo _____
 Cap _____ Comune _____ Frazione _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Indirizzo _____
 Cap _____ Comune _____ Frazione _____ Provincia _____

Telefoni / Email

Telefono/Email	Ruolo/Luogo	Note
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Email _____

Padre

Cognome _____ Nome _____
 Stato nascita _____ Comune di nascita (Stato se nato all'estero) _____ Provincia _____ Data _____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
 Cittadinanza _____ Professione _____ Titolo di studio _____ SI Delega Ritiro

Madre

Cognome _____ Nome _____
 Stato nascita _____ Comune di nascita (Stato se nato all'estero) _____ Provincia _____ Data _____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
 Cittadinanza _____ Professione _____ Titolo di studio _____ SI Delega Ritiro

Nucleo familiare

Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro
Cognome	Nome	Ruolo (fratello, nonna, ...)	Data di Nascita / /	<input type="checkbox"/> SI Delega Ritiro

Situazione sanitaria

Codice sanitario

Problemi e allergie

Allergie alimentari

Patologie ed altre allergie non alimentari

MODALITA' DI PAGAMENTO

RID bancario fine mese

BONIFICO bancario fine mese

Spesa sostenuta da:

Nominativo / Ruolo (1)	Codice Fiscale	Quota %
------------------------	----------------	---------

Nominativo / Ruolo (2)	Codice Fiscale	Quota %
------------------------	----------------	---------

BANCA DI RIFERIMENTO:

Intestatario del conto	Banca/Filiale
------------------------	---------------

IBAN	BIC/SWIFT
------	-----------

Note