



<p>Istituto Scolastico Paritario Sacro Cuore Carpi</p> <p>Via Curta Santa Chiara 20 Carpi MO</p> <p>Tel.059 688124 Fax 05630091</p> <p>e-mail sacrocuorecarpi@tiscali.it</p>	<p>DOCUMENTO INTERNO MODULO ISCRIZIONE</p>	  <p>SCUOLA PRIMARIA</p>
<p>Ed.1 del 1 settembre 2014 Rev.5</p>		<p>Mod02_iscrizioni A.S. 2018 -2019</p>

Al Preside

__I__ sottoscritt__ _____ padre madre tutore

dell'alunn__ _____ C.F.alunno _____

chiede

l'iscrizione dell__ stess__ alla classe _____ per l'anno scolastico _____ / _____

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di falsa dichiarazione, che

l'alunn__ _____

-è nat__ a _____ Prov(_____) il _____

-è cittadin__ italiano altro (indicare cittadinanza) _____

-è residente a _____ (Prov. _____)

in Via/Piazza _____

proviene dalla scuola d'infanzia _____

proviene dalla sc. primaria(compilare solo in caso di trasferimento) _____ cl. _____

NUMERI DI TELEFONO

Abitazione _____ Altro (nonni ꞑ,zii ꞑ,...) _____

Cell.mamma _____ Cell.papà _____

Lav.mamma _____ Lav.papà _____

E-mail _____

DATI RELATIVI AL PADRE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Cittadinanza _____

Professione _____ Titolo di studio _____

DATI RELATIVI ALLA MADRE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____ Cittadinanza _____

Professione _____ Titolo di studio _____

-autorizzo l'Istituto Sacro Cuore a trasmettere i dati anagrafici di ns. figlio/a alle Ausl competenti per consentire la verifica della regolarità vaccinale **SI** **NO**

-dichiaro che il nucleo familiare, oltre all'alunno/a iscritto/a è composto da (stato di famiglia):

1) _____ nato/a a _____ il _____

(cognome –nome-parentela)

2) _____ nato/a a _____ il _____



(cognome –nome-parentela)

3) _____ nato/a a _____ il _____

(cognome –nome-parentela)

4) _____ nato/a a _____ il _____

(cognome –nome-parentela)

<p>Istituto Scolastico Paritario Sacro Cuore Carpi</p> <p>Via Curta Santa Chiara 20 Carpi MO</p> <p>Tel.059 688124 Fax 05630091</p> <p>e-mail sacrocuorecarpi@tiscali.it</p>	<p>DOCUMENTO INTERNO MODULO ISCRIZIONE</p>	  <p>SCUOLA PRIMARIA</p>
<p>Ed.1 del 1 settembre 2014 Rev.5</p>		<p>Mod02_iscrizioni A.S. 2018 -2019</p>

Il sottoscritto dichiara di ricevere , accettare e condividere i valori ideali e l'indirizzo didattico-relazionale come indicati nel P.E.I. (Progetto Educativo d'Istituto), nel P.O.F. (Piano dell'Offerta Informativa), nel regolamento d'Istituto. Si impegna a collaborare con la scuola per la realizzazione di quanto in essi previsto. A tali documenti e regolamenti ci si riferirà in caso di controversie.

<p>AUTORIZZAZIONI</p>
<p>Io sottoscritto _____ (cognome e nome leggibile)</p> <p>-Autorizzo <input type="checkbox"/> non autorizzo <input type="checkbox"/> mio/a figlio/a a partecipare alle uscite didattiche sul territorio comunale organizzate dalla Scuola in orario scolastico.</p> <p>-Autorizzo <input type="checkbox"/> non autorizzo <input type="checkbox"/> l'Istituto Sacro Cuore ad utilizzare immagini in cui l'alunno/a compaia in attività didattiche o paradidattiche (gite,gare,feste,concorsi,spettacoli ecc...) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●arricchire il sito internet della scuola www.sacrocuorecarpi.it e social network istituzionali collegati (pagina facebook) ●produrre documentazione sulla scuola da diffondere per usi connessi alla promozione della stessa

<p>RETTE</p>
<p>Il sottoscritto si impegna ad accettare il pagamento delle rette, a comunicare tempestivamente eventuali disguidi o ritardi nelle relative quietanze.</p> <p>Il mancato rispetto delle scadenze comportala non accettazione dell'iscrizione all'anno successivo.</p> <p>In casi di bisogno acclarato, le richieste di deroghe vanno sollecitamente discusse con il Preside.</p> <p>Con la presente, prendiamo atto che il contributo versato alla scuola non è comprensivo di: corsi extra curriculari, eventuale sostegno didattico.</p>

<p>SERVIZIO PROLUNGATO</p>
<p>_____ sono interessato <input type="checkbox"/> _____ non sono interessato <input type="checkbox"/></p> <p>il servizio sarà attivato solo con un numero minimo di sette alunni tra sc. primaria e second. I° grado.</p>

In caso di intolleranze o allergie specificare in seguito e consegnare in segreteria la prescrizione medica.
 Allergie a medicinali: si no Allergie alimentari: si no Intolleranze alimentari: si no
 Specificare : _____

Data _____

FIRMA di autocertificazione
(da sottoscrivere al momento dell'iscrizione in segreteria)
 (Articolo 2, Legge 4 /1968, n. 15; Legge 127/97 e successive modificazioni)

-dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.196/2003, e di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.6.2003, n.196 e Regolamento ministeriale 2006 n. 305)

Data _____

Firma di entrambi i genitori

