MODULO DI PRE-ISCRIZIONE SC.INFANZIA

Alla Direzione della Scuola dell'Infanzia Maffizzoli
Polpenazze del Garda
tel. 0365674067

Anno scolastico /

I genitori

……
(Cognome Nome Padre)
nato a…….il……...
residente a…….in Via……
professione…….……..……Tel. Lavoro....……..……...……
Cell. N°…….e-mail……
Tel. Casa....…….

……
(Cognome Nome Madre)
nata a……il……
residente a……..in Via…….……..
professione……...……Tel. Lavoro....……
Cell. N°…….e-mail……
Tel. Casa....…….

CHIEDONO

La pre-iscrizione del/la proprio/a foglio/a…….
(Cognome Nome Bambino/a)
Nato/a il…….…..a…….
Residente a…….in Via……..
Nazionalità…….

IL BAMBINO PRESENTA INTOLLERENZE ALIMEMTARI o ALTRE ALLERGIE? SI' NO
Se SI', QUALI? (**allegare certificato medico)**_____
Dichiarano inoltre che il figlio/a è stato regolarmente vaccinato: SI' NO

DATA INIZIO FREQUENZA_____
USUFRUISCE DEL SERVIZIO ORARIO PROLUNGATO dalle **16.00** alle **17.30** SI' NO
USUFRUISCE DEL SERVIZIO ORARIO ANTICIPATO " **07.45** alle **08.30** SI' NO

Ogni variazione di quanto dichiarato va immediatamente comunicata per iscritto alla scuola.

FIRMA DI AUTOCERTIFICAZIONE: _____ _____
(padre) (madre)

Polpenazze del Garda, Lì_____