

**ISTITUTO PARITARIO "SACRO CUORE"**  
**SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

**Largo Madre Giulia Salzano 16/A**  
**80026 Casoria (Na)**  
**Tel. 081.5404857 Tel-fax 081.7577619**  
**e-mail: segreteria@istitutosacrocuorecasoria.it**  
**sito web: istitutosacrocuorecasoria.it**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA**

*AL COORDINATORE DIDATTICO*

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ padre/madre

dell'alunn \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione dell'\_\_ stess\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

**DICHIARA CHE**

\_\_l\_\_ bambin\_\_ \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

è nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

è cittadino  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

è residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Proviene dalla scuola \_\_\_\_\_ dove ha frequentato la classe \_\_\_\_\_

Lingue straniere studiate \_\_\_\_\_

Ha frequentato la scuola dell'infanzia  sì  no

È stat \_\_\_\_\_ sottopost \_\_\_\_\_ alle vaccinazioni obbligatorie ai sensi del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 convertito dalla Legge 31 luglio 2017 n. 119  sì  no

Casoria, li \_\_\_\_\_

**Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)**

\_\_\_\_\_  
(firma estesa)

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola.

## **NOTIZIE AI FINI DELL'ANAGRAFE SCOLASTICA E DEGLI ORGANI COLLEGIALI**

---

Padre \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

---

Madre \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **ALTRI FIGLI ISCRITTI NELLA STESSA SCUOLA O IN ALTRE SCUOLE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ classe frequentata \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ classe frequentata \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ classe frequentata \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ classe frequentata \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

**NOTIZIE SULLA SITUAZIONE SANITARIA DELL'ALUNNO**

**ALLERGIE ALIMENTARI:** \_\_\_\_\_

**N.B.** Per gli alunni che usufruiscono della mensa è obbligatorio consegnare il certificato medico in Segreteria

**ALLERGIE NON ALIMENTARI / EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE:** (es. uso farmaci particolari, insuff. Cardiaca, altre patologie psico-fisiche accertate o in fase di accertamento):

**EVENTUALI ALTRE COMUNICAZIONI CHE SI RITENGONO IMPORTANTI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA ED EDUCATIVA:**

**NULLA DA SEGNALARE**

Casoria, lì \_\_\_\_\_

**Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)**

\_\_\_\_\_  
(firma estesa)

**DELEGA RITIRO ALUNNO**

\_\_l\_sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn\_\_ \_\_\_\_\_

della Scuola \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Sotto la propria responsabilità, le seguenti persone a ritirare il/la proprio/a figlio/a all'uscita da scuola, nell'eventualità di non poter venire personalmente:

**PERSONE DELEGATE**

**Nome e Cognome**

**Grado di parentela o conoscenza**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allega fotocopia carta d'identità del delegante e del delegato.**

**LA PRESENTE DICHIARAZIONE VALE FINO A REVOCA O RETTIFICA DELLA STESSA DA PARTE DEL/LA SOTTOSCRITTO/A.**

Casoria, lì \_\_\_\_\_

**Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)**

\_\_\_\_\_  
(firma estesa)

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA REALIZZAZIONE DI RIPRESE VIDEO E FOTOGRAFICHE  
NELLA SCUOLA (D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

ai sensi della normativa vigente in materia (D. Lgs. 196/2003 ed anche art. 10 cod. civ. ed artt. 96 e 97 legge 633 del 22.4.1941)

AUTORIZZA       NON AUTORIZZA

la scuola a effettuare e utilizzare video, fotografie o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce del/la proprii\_\_ figli\_\_, in occasione di viaggi, visite d'istruzione e partecipazione ad eventi connessi all'attività didattica da sol\_\_, con i compagni, con insegnanti e operatori scolastici.

La Dirigente Scolastica assicura che le immagini e le riprese audio-video realizzate dalla scuola, nonché gli elaborati prodotti dagli studenti durante le attività scolastiche, potranno essere utilizzati esclusivamente per documentare e divulgare le attività della scuola tramite il sito internet di Istituto o altri siti didattici, pubblicazioni, mostre, corsi di formazione, convegni e altre iniziative promosse dall'Istituto anche in collaborazione con altri enti pubblici.

La presente autorizzazione vieta, altresì, l'uso dei materiali di cui sopra in contesti che ne pregiudichino la dignità personale, il decoro e la sicurezza.

Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Casoria, lì \_\_\_\_\_

**Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)**

\_\_\_\_\_  
(firma estesa)

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ all'atto della presentazione della domanda  
versa la quota di iscrizione (che resta tale anche in caso di recesso per cambio scuola); inoltre si obbliga a  
versare il contributo mensilmente o trimestrale (entro e non oltre il giorno 5 del mese di settembre, dicembre  
e marzo), indipendentemente dalla frequenza.

Con la seguente domanda \_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

**ACCETTA**

- Il Piano di Offerta Formativa Triennale dell'Istituto;
- le norme proprie del regolamento scolastico,
- di collaborare significativamente con la scuola nel rispetto dello Statuto degli Organi Collegiali.

Casoria, lì \_\_\_\_\_

**Il genitore dell'alunno (o chi ne fa le veci)**

\_\_\_\_\_  
(firma estesa)