

Istituto scolastico di Bellinzona
Zona Blu

 Al Guast 4
 6528 Camorino

 Tel: 058 203 35 00
 E-mail: zona.blu@bellinzona.ch

 Direzione
 Mauro Valli

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA
2024-2025
DATI ALLIEVO
COGNOME e NOME
Primogenito
 SI NO

 Data di nascita _____ Genere Femmina Maschio

Lingua materna _____ Ev. seconda lingua _____

 Luogo di nascita _____ Domicilio _____
se straniero indicare la Nazione indirizzo e località

 Nazionalità _____ Attinenza per gli svizzeri _____

Solo per stranieri

 Tipo di permesso _____ Scadenza _____ Entrata in CH _____
B - C - D - G - F - N - S

Indirizzo e località _____ Tel. principale _____

Il/la Signore/a	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/>	Iscrive	<input type="checkbox"/> Al 2° anno obbligatorio (nati tra l'1.8.2018 e il 31.7.2019) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio (nati tra l'1.8.2019 e il 31.7.2020) <input type="checkbox"/> Al 1° anno obbligatorio con deroga (nati tra l'1.8.2020 e il 30.9.2020) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo (nati tra l'1.8.2020 e il 31.7.2021) <input type="checkbox"/> All'anno facoltativo con deroga (nati tra l'1.8.2021 e il 30.9.2021) <small>Se iscrizione con deroga, allegare la lettera di motivazione</small>
<input type="checkbox"/>	Non iscrive	<small>Se in obbligo scolastico, allegare la lettera di motivazione</small>

DATI GENITORI

Paternità _____ di _____ Maternità _____ di _____

Professione padre _____ Professione madre _____

Autorità parentale _____ Situazione familiare _____

genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella
sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata
Recapiti padre
Recapiti madre

Indirizzo _____ Indirizzo _____

Località _____ Località _____

Cellulare _____ Cellulare _____

Tel. privato _____ Tel. privato _____

Tel. professionale _____ Tel. professionale _____

E-mail _____ E-mail _____

Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi) _____

Ev. tutore/curatore

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ Località _____

Tel. privato _____ Cellulare _____

Tel. professionale _____ E-mail _____

Luogo e data _____ Firma genitore o rappresentante legale _____

compilare anche la parte sul retro →

ALLERGIE O INTOLLERANZE

Presentare Progetto di Accoglienza Individualizzato (PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi

REFEZIONE per allieve e allievi dell'anno facoltativo Non iscrive (scelta valida per tutto l'anno scolastico)**INFORMAZIONI SANITARIE**

Cassa malati

Medico curante

Assicurazione infortuni

RC

Osservazioni sanitarie

Fratelli o sorelle che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)

Nome

Data di nascita

Classe/sezione

Docente

Sede Scolastica

INFORMAZIONI ULTERIORI

Il bambino è seguito da un servizio specialistico

Logopedia

Psicomotricità

Ergoterapia

Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)

Altri servizi (specificare)

Se il bambino è seguito da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

Il bambino ha

Problemi di linguaggio

Difficoltà motorie

Altre difficoltà

Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

Luogo e data

Firma genitore o rappresentante legale