

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA ELEMENTARE

2024-2025

<b>DATI ALLIEVO</b>	<b>Cognome e nome:</b>		<b>Primogenito</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Data di nascita		Genere	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
Lingua materna		Ev. seconda lingua		
Luogo di nascita <small>se straniero indicare la Nazione</small>		Domicilio <small>indirizzo e località</small>		
Nazionalità		Attinenza <small>per gli svizzeri</small>		

**Solo per stranieri**

Tipo di permesso <small>B-C-D-G-F-N-S</small>	Scadenza	Entrata in CH
Indirizzo e località		Tel. principale

Il/la Signore/a	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> <b>Iscrive</b>	<input type="checkbox"/> I elementare	
	<input type="checkbox"/> II elementare	
	<input type="checkbox"/> III elementare	
	<input type="checkbox"/> IV elementare	
	<input type="checkbox"/> V elementare	
<input type="checkbox"/> <b>Non iscrive</b>	<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	
<small>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</small>		<small>sposati - conviventi - divorziati/separati - monoparentale - unione registrata</small>	

**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

Se iscrive, compilare anche la parte sul retro →

**ALLERGIE O INTOLLERANZE - Presentare Progetto di Accoglienza Individualizzato (PAI)****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	<input type="checkbox"/>
	Psicomotricità	<input type="checkbox"/>
	Ergoterapia	<input type="checkbox"/>
	Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà motorie	<input type="checkbox"/>
	Altre difficoltà	<input type="checkbox"/>

|Breve descrizione della difficoltà


**ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE**


|Luogo e data  |Firma genitore o rappresentante legale