

## 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	

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	
--------------	--	--	--

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

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