

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA - ANNO SCOLASTICO _____

Il/La sottoscritto/a _ padre _ madre _ tutore

Cognome e Nome IN STAMPATELLO

avendo preso visione del Piano dell'Offerta Formativa, del regolamento interno, del fine educativo e del P.E.G.

CHIEDE

l'iscrizione dell'alunn_ _____ alla Sezione Penna _____
(Insegnante _____)

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47, del DPR 28 dicembre 2000 n°445 e della legge 4 genn aio 1968 n. 15 e successive modificazioni e integrazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998 n. 403 (disposizioni legislative e regolamentari sulla documentazione amministrativa) e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l'alunn_ è residente in _____ n. _____ C.A.P. _____ città _____.

è nat_ il ___/___/_____ Luogo di nascita _____ prov. _____

è cittadino _ italiano _ altro (indicare quale) _____ Maschio _ Femmina

Codice Fiscale _____.(allegare copia del codice fiscale)

- è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie _ si _ no .(allegare copia del libretto di vaccinazioni)

Proveniente da _____

Che non ha presentato domanda d'iscrizione in un'altra scuola dell'infanzia.

Cognome del **PADRE** (o tutore) _____ NOME _____

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita _____ prov. _____

Tel. Casa: _____ Tel. Lavoro: _____ Cellulare: _____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Codice Fiscale _____..(allegare copia del codice fiscale)

Cognome della **MADRE** (o tutore) _____ NOME _____

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita _____ prov. _____

Tel. Casa: _____ Tel. Lavoro: _____ Cellulare: _____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Codice Fiscale _____..(allegare copia del codice fiscale)

Roma,

.....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

DICHIARA che la propria famiglia convivente è composta da:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SCELTA OPPORTUNITA' FORMATIVO - DIDATTICHE

Il/La sottoscritto/a, sulla base delle opportunità educative offerte dalla scuola, chiede che il/la propri... figli... possa usufruire dei turni e dei corsi come di seguito indicati:

Turno fino ore 13,00 senza refezione	SI	NO
Turno fino ore 13,00 con refezione	SI	NO
Turno fino ore 14,30 con refezione	SI	NO
Turno fino ore 16,00 pomeridiano con refezione	SI	NO

Roma,

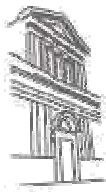
Firma del genitore

Allegato II

REGOLAMENTO INTERNO

1. I genitori all'atto di iscrivere il figlio al nostro Istituto, si dichiarano pienamente consapevoli del fine educativo, morale e religioso della nostra scuola e ne accettano il Progetto Educativo, in particolare: l'istruzione catechistica e la partecipazione alle pratiche religiose che si svolgono nella scuola.
2. L'entrata in classe è prevista entro e non oltre le 9.30. L'inizio dei corsi è fissato alle ore 9,30.
3. Per la giustificazione delle assenze scolastiche la prassi è la seguente :per assenze inferiori a 5 giorni e in caso di assenza per qualsiasi altro motivo (vacanze ecc.. anche superiori a 5 giorni) verrà richiesta una autocertificazione, i cui moduli sono disponibili in segreteria. Per le assenze superiori a 6 giorni (sono calcolati anche il Sabato e la Domenica) prima dell'ammissione in classe, è obbligatorio il certificato medico. In mancanza del certificato medico, l'alunno non potrà essere ammesso in classe.
4. La quota di iscrizione e l'importo della prima rata trimestrale della scuola, nella misura del 40%, devono essere versati all'atto dell'iscrizione e non verranno restituiti, anche in caso di ritiro. In caso di ritiro ad anno scolastico iniziato le quote pagate non verranno rimborsate e i genitori si impegnano inoltre a corrispondere la somma per quanto usufruito e non pagato.
5. La retta deve essere versata a trimestri anticipati, con scadenze al 15 settembre, 15 dicembre e 15 marzo.
6. Il personale dell'Istituto non si assume nessuna responsabilità circa gli oggetti di qualsiasi genere smarriti dagli alunni negli ambienti della scuola e nelle attività scolastiche al di fuori della scuola (gite).
7. I genitori degli alunni sono tenuti a pagare le spese dei danni arrecati dai loro figli agli ambienti e alle suppellettili dell'Istituto.
8. I bambini non potranno in nessun caso lasciare la scuola con persone diverse dai genitori senza l'autorizzazione scritta degli stessi.
9. Gli alunni devono indossare la divisa richiesta dalla scuola (grembiule durante il periodo invernale o divisa estiva) ad esclusione dei giorni in cui svolgono l'attività motoria nei quali possono indossare una tuta qualsiasi. I bambini, al di sotto del grembiolino, devono indossare pantaloni con elastico in vita, senza bretelle o impedimento di sorta.
10. Per la somministrazione dei farmaci da parte degli insegnanti si richiede il certificato del medico curante con l'indicazione di tempi e modi di somministrazione. Nel caso di farmaci salvavita verrà richiesto un certificato medico con la descrizione specifica dei sintomi e l'autorizzazione scritta dei genitori. E' possibile che i genitori vengano a scuola, previo accordo con il dirigente scolastico, per la somministrazione dei farmaci.

(Firma di un genitore o di chi ne fa le veci)



INFORMATIVA AI GENITORI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 d.lg. 30 giugno 2003, n. 196, recante il “ Codice in materia di trattamento dei dati personali”)

Gentile genitore,

l’Istituto San Giuseppe al Trionfale (titolare del Trattamento) La informa che ai fini amministrativi e didattici, è indispensabile trattare i dati personali comuni e a carattere sensibile richiesti nel presente modulo di iscrizione.

Il trattamento di tali dati avviene per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nel rispetto del D.lg. 196/2003 e più in generale delle leggi e dei regolamenti.

I dati richiesti sono obbligatori e trattati, con modalità informatiche e cartacee, dal personale di segreteria e dai docenti incaricati del trattamento.

Possono essere comunicati, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza, a terzi, quali soggetti pubblici, enti o soggetti privati, per il perseguimento dei fini istituzionali (quali ad esempio l’elezione dei rappresentanti dei genitori negli organi collegiali, la partecipazione a gite scolastiche o spettacoli, stipulazioni di assicurazioni, predisposizione degli atti per la richiesta del personale di sostegno, comunicazioni al medico scolastico, comunicazioni al personale della mensa ecc..)

Il mancato conferimento di questi dati impedisce in tutto o in parte la fruizione del servizio.

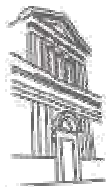
Dati quali: numero di cellulare, indirizzo e –mail, numeri di emergenza, pur essendo di natura facoltativa risultano utili per agevolare i rapporti tra scuola e genitori in caso di necessità grave e imprevista , e non saranno in nessun caso divulgati dalla scuola neanche in caso di richiesta da parte di altri genitori compagni di classe dei propri figli.

Il mancato conferimento di questi dati non comporta conseguenze nella fruizione del servizio in generale.

Lei ha diritto, ai sensi dell’Art. 7 del D.lg. 196/2003, di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati in possesso della scuola e il loro utilizzo; ha il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco o opporsi al loro trattamento.

Roma,

Firma del genitore



Roma,

Firma del genitore

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMISTRAZIONE DEI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Cognome _____ NOME _____

Data nascita _____ Residente _____

Telefono _____

Scuola: Istituto San Giuseppe al Trionfale Classe: _____

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico:

Nome Commerciale del Farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Orario 1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____ 4° dose _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Nome commerciale del
farmaco _____

Evento per il quale somministrare il farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la
formazione degli operatori scolastici incaricati _____

Modalità di Conservazione _____

Roma _____

Timbro e firma del Medico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia
prescritta in ambito e orario scolastico.

Roma _____

Timbro e Firma del Dirigente Scolastico