

Istituto scolastico comunale Arbedo-Castione

Silvia Spalletta Croci-Maspoli,
Direttrice

6532 Castione

Tel: 091 829 10 48
E-mail: scuole@arbedocastione.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2022-2023

SEDE DI ARBEDO

SEDE DI CASTIONE

Il/la Signore/a

Cognome

Nome

Iscrive

Non Iscrive - se nell'obbligo allegare lettera di motivazione

ISCRIZIONE IN DEROGA - Solo per bambini nati ad agosto e settembre

SI - allegare lettera di motivazione |NO

DATI ALLIEVO

Cognome e nome: _____

Primogenito (sì-no): _____

Data di nascita	Sesso
Lingua materna	Ev. seconda lingua
Luogo di nascita ¹⁾	Domicilio
Nazionalità	Attinenza ²⁾

Solo per stranieri

Tipo di permesso ³⁾	Scadenza	Entrata in CH
--------------------------------	----------	---------------

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri 3) B - C - D - G - F - N - S

DATI GENITORI

Paternità	Maternità
Prof. Padre	Prof. Madre
Autorità parentale ⁴⁾	Situazione fam. ⁵⁾

4) genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella 5) sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale - unione registrata

INDIRIZZO ALLIEVO

Indirizzo e località

Recapiti madre

Recapiti padre

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

Ev. tutore/curatore	
Indirizzo	Località
Tel. privato	Cellulare
Tel. professionale	e-mail

ALLERGIE O INTOLLERANZE Alla prima iscrizione presentare il certificato medico ufficiale (ev. con Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI) al più tardi entro fine aprile o al compimento dei 36 mesi.

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

Cassa malati	Medico curante
Assicurazione infortuni	RC
Osservazioni sanitarie	

|Luogo e data _____ |Firma genitore o rappresentante legale _____



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 – a discrezione della famiglia

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
