

# Istituto scolastico comunale Arbedo-Castione

Fadil Moslemani

6532 Castione

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

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

## 2023-2024

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 ALLIEVA/O **Cognome e nome:**

Primogenito (sì-no):

|                                |  |                         |  |
|--------------------------------|--|-------------------------|--|
| Data di nascita                |  | Sesso                   |  |
| Lingua materna                 |  | Ev. seconda lingua      |  |
| Luogo di nascita <sup>1)</sup> |  | Domicilio               |  |
| Nazionalità                    |  | Attinenza <sup>2)</sup> |  |

### Solo per stranieri

|                                |  |          |  |               |  |
|--------------------------------|--|----------|--|---------------|--|
| Tipo di permesso <sup>3)</sup> |  | 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 <sup>4)</sup> |  | Situazione fam. <sup>5)</sup> |  |

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

### INDIRIZZO ALLIEVO E TELEFONO PRINCIPALE

|                      |  |                 |  |
|----------------------|--|-----------------|--|
| Indirizzo e località |  | Tel. principale |  |
|----------------------|--|-----------------|--|

### Recapiti padre se diversi da figlia

### Recapiti madre se diversi da figlia

|                                                        |  |                    |  |
|--------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
| 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 (presentare certificato medico e/o Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI)

### REFEZIONE per allieve e allievi dell'anno facoltativo

Non Iscrive (scelta valida per tutto l'anno scolastico)

**INFORMAZIONI SANITARIE – a discrezione dell'autorità parentale**

|                         |  |                |  |
|-------------------------|--|----------------|--|
| Cassa malati            |  | Medico curante |  |
| Assicurazione infortuni |  | RC             |  |

**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**

|                                                          |                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| La/il bambina/o è seguita/o 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 la/il bambina/o è seguita/o da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|                    |                        |                          |
|--------------------|------------------------|--------------------------|
| La/il bambina/o 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  | **Autorità parentale** o rappresentante legale