



Istituto scolastico di Savosa
Casella Postale 457
6942 Savosa

Dir. Eliana Staub

E-mail: direzionescuole@savosa.ch
Tel: 091/9667372

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA ELEMENTARE

2024-2025

Iscrizione alla classe ____ elementare

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 E TELEFONO PRINCIPALE

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

Recapiti padre se diversi da figlio

Recapiti madre se diversi da figlio

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| 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)

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

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

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