Istituto Scuole Comunali di Savosa
Casella postale 457
6942 Savosa
Dir. Eliana Staub

Tel: 091 966 73 72
E-mail: direzionescuole@savosa.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA 2025-2026

Il/la Signore/a

Cognome _____ Nome _____

☐ Iscrive ☐ Non Iscrive *[Se nell'obbligo allegare lettera d'intenti]*

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

☐ Sì - allegare lettera di motivazione ☐ NO

DATI ALLIEVO/A	**Cognome:**	**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	*B – C – D – G – F – N - S*		
| Data entrata in CH		|Scadenza permesso	

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri

DATI GENITORI			
|Paternità		|Maternità	
|Prof. Padre		|Prof. Madre	
|Autorità parentale		*genitori – congiunta – padre – madre – tutore – fratello/sorella*	
|Situazione familiare		*sposati – conviventi – divorziati/separati – fam. monoparentale*	

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA UFFICIALE	
|Indirizzo e località	

RECAPITI TELEFONICI			
|Telefono (domicilio)			
Recapiti padre		*Recapiti madre*	
|Cellulare		|Cellulare	
|Professionale		|Professionale	
|e-mail		|e-mail	
|Eventuale altro contatto (segnalare di chi)			

Eventuale tutore/curatore	
|Cognome e Nome	
|Indirizzo e località	
|Telefono	

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico e/o 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	
|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 DETTAGLIATE – a discrezione della famiglia

Il/la bambino/a è seguito/a da un servizio specialistico	Logopedia	☐
	Psicomotricità	☐
	Ergoterapia	☐
	Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	☐
	Altri servizi (specificare)	

Se il/la bambino/a è seguito/a da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

Il/la bambino/a ha	Problemi di linguaggio	☐
	Difficoltà motorie	☐
	Altre difficoltà	☐

Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE O PREFERENZE DI SEZIONE (non garantite)

PROMEMORIA

- Gli iscritti sono tenuti ad una frequenza regolare.
- Per i bambini di 4 o 5 anni la frequenza è a tempo pieno: 5 giorni, da lunedì a venerdì.
- Per i bambini di 3 anni nelle prime due settimane la frequenza è di 4 mattine alla settimana e verrà gradualmente aumentata successivamente.
- Per l'inizio della frequenza della scuola dell'infanzia i bambini devono essere autonomi nel vestirsi, nell'andare in bagno (non portare più il pannolino) e nel mangiare.
- Da ritornare in direzione entro venerdì 28 febbraio 2025

Luogo _____ **Data** _____

Firma di un genitore
(o del rappresentante legale)