

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Istituto Scuole Comunali di Savosa</b><br>Casella postale 457<br>6942 Savosa<br>Dir. Eliana Staub | Tel: 091 966 73 72<br>E-mail: <a href="mailto:direzionescuole@savosa.ch">direzionescuole@savosa.ch</a> |
|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                        |

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA 2026-2027

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 <sup>1)</sup> |          | Domicilio               |
| Nazionalità                    |          | Attinenza <sup>2)</sup> |

### 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 27 febbraio 2026

|Luogo \_\_\_\_\_ |Data \_\_\_\_\_

|Firma di un genitore  
(o del rappresentante legale)