



Scuola Secondaria di Primo Grado Emiliani

Scuola Paritaria – D. M. 28/02/2001

Via Andrea Provana di Leyni 15 – 16167 Genova Nervi

Tel. 010.3202075 – info@collegioemiliani.it – www.collegioemiliani.it

MODULO DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2021/2022

DATI DEL GENITORE CHE RICHIEDE L'ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ CITTADINANZA _____ PROVINCIA _____

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____

SESSO _____ CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO: TIPO _____ NUMERO _____

IN QUALITÀ DI GENITORE AFFIDATARIO TUTORE

RESIDENZA

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

CONTATTI

INDIRIZZO E-MAIL PRINCIPALE _____ SECONDO INDIRIZZO E-MAIL _____

RECAPITO TELEFONICO (RETE FISSA/CELLULARE) _____ ALTRO RECAPITO TELEFONICO _____

L'ALUNNO/A È IN AFFIDO CONGIUNTO? SÌ NO

AI SENSI DELL'ARTICOLO 155 DEL CODICE CIVILE SE L'AFFIDO NON È CONGIUNTO BISOGNA PERFEZIONARE LA DOMANDA DI ISCRIZIONE PRESSO LA SCUOLA ENTRO L'AVVIO DEL NUOVO ANNO SCOLASTICO.

DATI DELL'ALUNNO

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA CLASSE _____ DELL'ALUNNO/A

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ CITTADINANZA _____ PROVINCIA _____

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____

SESSO _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENZA (SOLO SE DIVERSA DALLA RESIDENZA DEL GENITORE)

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

SCUOLA DI PROVENIENZA _____

CLASSE FREQUENTATA NELL'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE _____

ALUNNO/A CON DISABILITÀ SÌ NOALUNNO/A CON DSA SÌ NOALUNNO/A CON DISABILITÀ, NON AUTONOMO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA DI BASE (AEC)? SÌ NO

AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 E DELLA LEGGE 170/2010, IN CASO DI ALUNNO RISPETTIVAMENTE, CON DISABILITÀ O DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA), LA DOMANDA ANDRÀ PERFEZIONATA PRESSO LA SEGRETERIA SCOLASTICA CONSEGNAANDO COPIA DELLA CERTIFICAZIONE ENTRO 10 GIORNI DALLA CHIUSURA DELLE ISCRIZIONI.

DATI DEL SECONDO GENITORE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ CITTADINANZA _____ PROVINCIA _____

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____

SESSO _____ CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO: TIPO _____ NUMERO _____

IN QUALITÀ DI GENITORE AFFIDATARIO TUTORE**RESIDENZA**

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

CONTATTI

INDIRIZZO E-MAIL PRINCIPALE _____ SECONDO INDIRIZZO E-MAIL _____

RECAPITO TELEFONICO (RETE FISSA/CELLULARE) _____ ALTRO RECAPITO TELEFONICO _____

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

LA PROPRIA FAMIGLIA CONVIVENTE È COMPOSTA, OLTRE ALLO STUDENTE (NON RIPORTARE I DATI GIÀ INSERITI NELLE SEZIONI PRECEDENTI RELATIVE AL PRIMO E SECONDO GENITORE) DA:

| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|---------|------|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INFORMAZIONI SULL'ALUNNO/A

ALUNNO/A IN AFFIDO AI SERVIZI SOCIALI SÌ NO

ALUNNO/A PROVENIENTE DA UNA FAMIGLIA CON UN SOLO GENITORE SÌ NO

ALUNNO/A APPARTENENTE A UNA FAMIGLIA NUMEROSA (ALMENO TRE FIGLI OLTRE L'ALUNNO DA ISCRIVERE) SÌ NO

ALUNNO/A CON ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI CERTIFICATE SÌ NO

ALTRI FRATELLI/SORELLE FREQUENTANTI LO STESSO ISTITUTO E CLASSE FREQUENTATA _____

NOTE DELLA FAMIGLIA

DATA _____

FIRMA _____