

Istituto Scolastico Valle di Muggio
Morbio Superiore – Lattecaldo - Breggia

Fumagalli-Mangano Silvia, direttrice
6835 Morbio Superiore

Tel: 091 683 40 01
E-mail: dirscuole@comunebreggia.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA ELEMENTARE

2017-2018

- Frequenterà la 1^a elementare salvo eventuale rinvio della scolarità
- Frequenterà la 1^a elementare presso una scuola privata o l'Istituto scolastico di un altro comune (specificare) _____

| DATI ALLIEVA | | 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 | | <i>genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella</i> | |
| Situazione familiare | | <i>sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale</i> | |
| Ev. tutore/curatore | | | |

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA UFFICIALE

| | |
|----------------------|--|
| Indirizzo e località | |
|----------------------|--|

Eventuale indirizzo di detentore di autorità parentale o tutela che non vive con l'allievo

| | |
|----------------------|--|
| Cognome e Nome | |
| Indirizzo e località | |

RECAPITI TELEFONICI

| | |
|---|-----------------------|
| Telefono (domicilio) | |
| <i>Recapiti padre</i> | <i>Recapiti madre</i> |
| Cellulare | Cellulare |
| Professionale | Professionale |
| e-mail | e-mail |
| Eventuale altro contatto (segnalare di chi) | |

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico)

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

INFORMAZIONI SANITARIE – a discrezione dell'autorità parentale

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

Luogo _____ **Data** _____

Firma di un genitore
(o del rappresentante legale)