



## SCUOLE DELL'INFANZIA

### *DELLA COMUNITÀ PASTORALE di FALOPPIO*

SCUOLA DELL'INFANZIA  
"DON CELESTINO RAVEGLIA "  
VIA LIBERAZIONE, 8  
22020 GAGGINO  
Tel. 031-986444  
[sc.infanziadoncelestino@gmail.com](mailto:sc.infanziadoncelestino@gmail.com)

SCUOLA DELL'INFANZIA  
"SANTA MARGHERITA "  
PIAZZA MADONNA B.V.DEL ROSARIO, 53  
22020 CAMNAGO  
Tel. 031-991293  
[sc.infanzia.camnago@gmail.com](mailto:sc.infanzia.camnago@gmail.com)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**ANNO SCOLASTICO 2022 - 2023**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ANNO di NASCITA \_\_\_\_\_

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia

- "Don Celestino Raveglia" (Gaggino)
- "Santa Margherita" (Camnago)

e che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a frequentarne il \_\_\_\_\_ anno

**\* Compilare tutti i dati richiesti in maniera chiara e leggibile!**

Cognome e nome del/la <b>BAMBINO/A</b> _____	
nat_ a _____	Prov. _____ il _____
residente a _____	in via _____ n° ____ Cap _____
C.F. _____	cittadinanza _____
tel. abitazione _____	credo religioso _____
<input type="checkbox"/> è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie.	
È allergico/a o intollerante ad alcuni cibi <input type="checkbox"/> SI quali _____	
<input type="checkbox"/> NO	

Cognome e nome del <b>PADRE</b> _____	
nato a _____	Prov. _____ il _____
residente a (solo se diversa da quella dell'alunno/a) _____	
in via (solo se diversa da quella del/la figlio/a) _____	
C.F. _____	professione _____
1°cittadinanza _____	2°cittadinanza _____
cellulare _____	tel. lavoro _____
indirizzo e- mail _____	

Cognome e nome della <b>MADRE</b> _____	
nata a _____	Prov. _____ il _____
residente a (solo se diversa da quella dell'alunno/a) _____	
in via (solo se diversa da quella del/la figlio/a) _____	
C.F. _____	professione _____
1°cittadinanza _____	2°cittadinanza _____
cellulare _____	tel. lavoro _____
indirizzo e- mail _____	

**N.B. eventuali cambi di residenza o numeri telefonici vanno comunicati tempestivamente**

<b><u>DATI ANAGRAFICI dei FRATELLI / SORELLE / CONVIVENTI</u></b>	
- Cognome e nome: _____	nato/a a _____
	il _____
- Cognome e nome: _____	nato/a a _____
	il _____
- Cognome e nome: _____	nato/a a _____
	il _____
- Cognome e nome: _____	nato/a a _____
	il _____

Diritto a precedenza di ammissione in quanto:

Primo Anno:

- Residente nel Comune di Faloppio
- Residente nella Parrocchia
- Con disabilità
- Il fratello frequenta già la scuola
- Orfano o in affido
- Vive con un genitore singolo
- Ha padre  madre  fratello  con disabilità
- I genitori hanno entrambi un'occupazione stabile a tempo pieno

Secondo e Terzo Anno:

- Ha già frequentato questa Scuola dell'Infanzia
- È residente nel Comune di Faloppio da poco tempo
- È residente nella Parrocchia da poco tempo

Pre-scuola:

- 1 ora (dalle ore 8.00 alle ore 9.00)                      costo 20,00 €/mese
- ½ ora (dalle ore 8.30 alle ore 9.00)                      costo 10,00 €/mese
- PER IL MESE DI \_\_\_\_\_
- ANNUALE

Quota d'iscrizione

**I genitori si impegnano, in caso di ammissione, a versare la quota d'iscrizione di euro 50,00**

**Primo anno:** il pagamento dovrà essere eseguito **non** al momento della presentazione della domanda di iscrizione, ma dovrà essere effettuato **dopo** aver ricevuto conferma dell'ammissione a frequentare la Scuola;

**Secondo e terzo anno:** il pagamento dovrà essere effettuato **prima** di consegnare a Scuola la presente domanda, a cui dovrà essere allegata una fotocopia del versamento eseguito.

## Contributo di gestione:

I genitori si impegnano altresì a versare il contributo annuale di gestione fissato in euro **1.750** per i residenti nel Comune di Faloppio e in euro **2.100** per i residenti in altri Comuni.

- Tipo pagamento:
  - Annuale
  - Due rate (1° rata a settembre; 2° rata a febbraio)
  - Mensile (10 mesi)

I genitori dichiarano di essere a conoscenza dell'obbligo di versamento dell'intero contributo annuale di gestione anche nel caso di abbandono anticipato della scuola o di ritiro dalla Scuola.

I pagamenti dovranno essere effettuati esclusivamente tramite banca entro il giorno 15 del mese di riferimento con bonifico sul conto della Scuola o a mezzo versamento presso sportello bancario, indicando chiaramente il nome del bambino.

**Scuola Infanzia Don Celestino Raveglia (GAGGINO):**  
**BANCO BPM SpA – ag. Faloppio**  
**IBAN: IT43 L 05034 89271 00000000245**

**Scuola Infanzia Santa Margherita (CAMNAGO)**  
**BANCO BPM SpA – ag. Faloppio**  
**IBAN: IT75 M 05034 89271 00000000808**

Data \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

( Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98)