



via Longo, 24  
 37066 Sommacampagna, (Vr)  
 Tel 045-510752  
 Mail: [terre@infanzia.it](mailto:terre@infanzia.it)

--	--	--	--

**DOMANDA DI AMMISSIONE SCUOLA DELL'INFANZIA  
 TERRE D'INFANZIA A. S. 2022-23**

I SOTTOSCRITTI (scrivere in stampato maiuscolo)

Padre      COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Madre      COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Del bambino/a    COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**Residente nel comune di Sommacampagna**       **Non Residente**

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F

**CODICE FISCALE DEL BAMBINO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazionalità \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

frazione \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

cell Mamma \_\_\_\_\_ cell Papà \_\_\_\_\_

telefono Casa \_\_\_\_\_ Email (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**CHIEDONO** l'ammissione del bambino/a per il seguente orario:

<input type="checkbox"/> Normale:	Accoglienza	dalle ore 8.00 alle ore 9.00
	Uscita	dalle ore 15.40 alle ore 16.00
<input type="checkbox"/> Anticipato mattino	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.00
<input type="checkbox"/> Prolungato:	Accoglienza	dalle ore 8.00 alle ore 9.00
	Uscita	entro le ore 16.30 <input type="checkbox"/> entro le ore 17.30 <input type="checkbox"/>

A tal fine i genitori **DICHIARANO** che il bambino/a:

- ha frequentato l'asilo nido (nome nido) \_\_\_\_\_      SI [ ] NO [ ]
- ha una disabilità certificata ai sensi della L. 104/92      SI [ ] NO [ ]
- i genitori sono dipendenti di una ditta convenzionata con Centro Infanzia      SI [ ] NO [ ]
- il bambino/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatoria      SI [ ] NO [ ]

**RICHIEDONO** inoltre:

- richiede l'ingresso anticipato (7.30-8.00) SI [ ] NO [ ]
- richiede che non vengano serviti i seguenti alimenti (allegare dichiarazione medica):

---

per i seguenti motivi: allergie [ ] intolleranza [ ] motivi religiosi [ ]

- altre segnalazioni che la famiglia ritenga opportuno evidenziare al fine dell'inserimento a scuola del bambino \_\_\_\_\_

---

**DICHIARA**

- di aver preso visione del Regolamento e di essere a conoscenza dei suoi contenuti
- di aver ricevuto l'allegato A Rette di frequenza e di essere a conoscenza delle modalità di pagamento
- di essere a conoscenza che in caso di ammissione del bambino/a, sarà richiesta una quota di iscrizione pari ad € 110,00

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **Regolamento UE 2016/679** al seguente link:  
<http://www.linanzia.it/privacy-policy/> e di porre il consenso al trattamento dei dati propri e del minore.

---

(firma dei richiedente)

---

(firma del richiedente)

**RICHIESTA PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso.

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di **non** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

---

(firma dei richiedente)

---

(firma del richiedente)

Data \_\_\_\_\_