



ESSEQUADRO

## SCUOLA D'INFANZIA MATILDE CAPELLO

**Oggetto: Domanda di iscrizione all'anno scolastico 2022/23**

Il sottoscritto (genitore 1) \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (genitore 2) \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### **CHIEDONO L'ISCRIZIONE del proprio figlio/a alla Scuola d'Infanzia Paritaria Matilde Capello**

#### DATI DEL BAMBINO/A

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Proveniente dal Nido d'Infanzia \_\_\_\_\_

Proveniente dalla Scuola d'Infanzia (in caso di trasferimento) \_\_\_\_\_

Facendo richiesta di

- **TEMPO PIENO**
- **TEMPO PROLUNGATO**

#### **A tal proposito DICHIARANO**

- Che il bambino/a ha assolto gli obblighi vaccinali previsti dall'età ( D.L. n°73, 7/06/2017) per i quali viene allegata opportuna documentazione
- Che il bambino/a soffre di **ALLERGIE**, specificare quali
  - ✓ Farmaci
  - ✓ Pollini
  - ✓ Polveri
  - ✓ Muffe
  - ✓ Punture di insetti
  - ✓ Altro

**si allega certificazione medica attestante l'allergia**

- Che il bambino/a **NON** soffre di ALLERGIE
- Che il bambino/a soffre di **INTOLLERANZE ALIMENTARI** specificare quali

---

**si allega certificazione medica attestante intolleranza alimentare**

- Che il bambino/a **NON** soffre di INTOLLERANZE ALIMENTARI
- Di conoscere e accettare il Patto di Corresponsabilità della Scuola
- Di conoscere e accettare il regolamento interno della Scuola
- Di conoscere e accettare il Progetto Pedagogico della Scuola
- Di conoscere e accettare le condizioni della privacy
- Di sapere che l'iscrizione richiede il pagamento di una tariffa pari ad € 100,00 e che tale tariffa deve essere versata all'inizio di ogni anno di frequenza specificando nome e cognome del bambino/a e causale di pagamento: iscrizione anno scolastico..., su

**IBAN**

**IT45H0538723301000003525664**

c/c intestato a ESSEQUADRO SRL IMPRESA SOCIALE BPER BANCA AGENZIA 1 CARPI

- Di sapere che in caso di interruzione di frequenza la quota di iscrizione non viene rimborsata
- Che la scuola apre il 1° di Settembre, chiude il 30 Giugno e che la retta annuale viene rateizzata in 10 tariffe mensili pari a € 295,00 per il tempo pieno fino alle 16,15 e € 335,00 per il tempo prolungato fino alle 18,15
- Che il pagamento mensile della retta va effettuata tramite modalità **SEPA** scadente al 5 dello stesso mese di frequenza sullo stesso Iban specificando nome e cognome del bambino/a e causale di pagamento: mese di ...
- Di autorizzare il proprio figlio/a a partecipare alle uscite didattiche a piedi o con mezzi di trasporto pubblici o messi a disposizione dalla Scuola
- Di aver richiesto l'iscrizione presso altre Scuole
- Di non aver richiesto l'iscrizione presso altre Scuole

La convenzione della Scuola Matilde Capello con l'Unione Terre d'Argine prevede un intervento dell'Unione dei Comuni a favore dei residenti mirato all'abbattimento delle rette scolastiche rivolto alle famiglie con ISEE inferiore a 26.000,00 €. Per cui i genitori intenzionati ad usufruire di questo beneficio dovranno fare richiesta all'Unione Terre d'Argine ([www.terredargine.it](http://www.terredargine.it)) presentando la propria ISEE entro il 30 settembre 2022.

**Indicare il genitore a cui intestare le fatture**  genitore 1  genitore 2

**Data**

**Firma (genitore 1)**

\_\_\_\_\_

**Firma (genitore 2)**

\_\_\_\_\_