

**ISCRIZIONE alla SEZIONE** \_\_\_\_\_

2021/2022

ALUNNO/A	
----------	--

maschio

femmina

NAZIONALITÀ

ITALIANA

ALTRO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE			
LUOGO DI NASCITA			
DATA DI NASCITA			
RESIDENTE A			
VIA E N.			
TELEFONO MADRE		mail	
TELEFONO PADRE		mail	

GENITORI SEPARATI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
L'ALUNNO VIVE CON	<input type="checkbox"/> LA MADRE	<input type="checkbox"/> IL PADRE			

**GENITORI**

PADRE	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Titolo di studio	
Professione	

MADRE	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Titolo di studio	
Professione	

RELIGIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ALTERNAT.	<input type="checkbox"/> ATT. DID.	<input type="checkbox"/> ATT. IND.
VACCINAZIONI	SI	In corso	NO		
FREQUENZA NIDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
TEMP. SCOL. NORM. REFEZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
ANTIM. CON REFEZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
ANTIM. SENZA REFEZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
SCUOLABUS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
DISABILITA'	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
DSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

**RISERVATO AGLI ALUNNI STRANIERI NATI ALL'ESTERO**


DATA DI ARRIVO IN ITALIA

\_\_\_\_\_ giorno

\_\_\_\_\_ mese

\_\_\_\_\_ anno

**FIRMA DEI GENITORI**

	<b>Istituto Comprensivo Porto Garibaldi</b>	
	Via Pastrengo, 1	
	44029 – PORTO GARIBALDI – (Comacchio) - FE C.F. 91016560384	
	☎ 0533.324697- 📠 0533.353438	e-mail: <a href="mailto:feic82000p@istruzione.it">feic82000p@istruzione.it</a> p.e.c.: <a href="mailto:FEIC82000P@PEC.ISTRUZIONE.IT">FEIC82000P@PEC.ISTRUZIONE.IT</a>

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale “Porto Garibaldi”  
Via Pastrengo, 1  
44029 PORTO GARIBALDI (FE)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ infanzia/primaria/secondaria sede \_\_\_\_\_ di codesto Istituto;

**D E L E G A**

Il/La Sig./Sig.ra _____ grado di parentela con l'alunno _____ documento di riconoscimento _____ n. _____ recapito telefonico _____
--

Il/La Sig./Sig.ra _____ grado di parentela con l'alunno _____ documento di riconoscimento _____ n. _____ recapito telefonico _____
--

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela con  
 l'alunno \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n.  
 \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_