

RICHIESTA DI CONTATTO

Per eventuale iscrizione alla Scuola Primaria

NUMERO DI MATRICOLA ASSEGNATO

AL DIRIGENTE COORDINATORE

il/la sottoscritto/a _____ in qualità di ☐ padre ☐ madre ☐ tutore
(nome e cognome)

CHIEDE

l'iscrizione di _____
(nome e cognome)

alla classe

per l'a.s.

presso la sede di Treviglio viale Cesare Battisti, 15

Cognome e nome alunno/a _____ Data di nascita ____/____/____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Cittadinanza _____

[illegible]

E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ si ☐ no

L'ALUNNO

Provenienza scolastica: _____

di _____

Lingue straniere studiate _____

LA SUA STORIA

Residenza Via/Piazza _____ N. civ. _____

CAP e Città _____ (Prov. _____)

Recapiti telefonici _____
(abitazione) _____ (ufficio mamma) _____ (cellulare mamma) _____

(ufficio papà) (cellulare papà)

LA SUA FAMIGLIA

Firma del Genitore

o di chi ne fa le veci

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", art. 13). Dichiara altresì di accettare le norme che regolano *Contatti, regole e disciplina* contenute nell'apposito Regolamento in vigore.

li / /

Firma _____

(da compilare da parte dell'addetto che ha compilato il modulo)

data ____/____/____

Sigla _____