

Istituto scolastico comunale di Tenero-Contra

Giuseppe Criscione, Direttore

Via Cartiera 1
6598 Tenero-Contra

Tel: 091 745 33 12
E-mail: direzione@tenero-contra.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2025-2026

PF COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E COMPRENSIBILE

Il/la Signore/a

Cognome

Nome

Iscrive

Non Iscrive - se nell'obbligo allegare lettera di motivazione

ISCRIZIONE IN DEROGA - Solo per bambini nati ad agosto e settembre

SI - allegare lettera di motivazione

NO

DATI ALLIEVO

Cognome e nome:

Primogenito (sì-no):

Data di nascita		Sesso	
Lingua materna		Ev. seconda lingua	
Luogo di nascita ¹⁾		Domicilio	
Nazionalità		Attinenza ²⁾	

Solo per stranieri

Tipo di permesso ³⁾		Scadenza		Entrata in CH	
--------------------------------	--	----------	--	---------------	--

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri 3) B - C - D - G - F - N - S

DATI GENITORI

Paternità		Maternità	
Prof. Padre		Prof. Madre	
Autorità parentale ⁴⁾		Situazione fam. ⁵⁾	

4) genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella 5) sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale - unione registrata

INDIRIZZO ALLIEVO E TELEFONO PRINCIPALE

Indirizzo e località		Tel. principale	
----------------------	--	-----------------	--

Recapiti padre se diversi da figlio

Recapiti madre se diversi da figlio

Indirizzo		Indirizzo	
Località		Località	
Cellulare		Cellulare	
Tel. privato		Tel. privato	
Tel. professionale		Tel. professionale	
e-mail		e-mail	
Eventuale altro contatto telefonico (segnalare di chi)			

Ev. tutore/curatore

Ev. tutore/curatore	
Indirizzo	Località
Tel. privato	Cellulare
Tel. professionale	e-mail

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico e/o Progetto di Accoglienza Individualizzato-PAI)

REFEZIONE per allieve e allievi dell'anno facoltativo

Non Iscrive (scelta valida per tutto l'anno scolastico)

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

Cassa malati		Medico curante	
Assicurazione infortuni		RC	
Osservazioni sanitarie			

Fratelli o sorelle che frequentano le scuole comunali (scuola dell'infanzia o scuola elementare)

Nome	Data di nascita	Classe/sezione	Docente	Sede Scolastica
------	-----------------	----------------	---------	-----------------

INFORMAZIONI ULTERIORI – a discrezione della famiglia

Il bambino è seguito da un servizio specialistico	Logopedia	<input type="checkbox"/>
---	-----------	--------------------------

	Psicomotricità	<input type="checkbox"/>
--	----------------	--------------------------

	Ergoterapia	<input type="checkbox"/>
--	-------------	--------------------------

	Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS)	<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------

	Altri servizi (specificare)	
--	-----------------------------	--

|Se il bambino è seguito da uno dei servizi riportati nel passaggio precedente, indicare una persona di riferimento:

Il bambino ha	Problemi di linguaggio	<input type="checkbox"/>
---------------	------------------------	--------------------------

	Difficoltà motorie	<input type="checkbox"/>
--	--------------------	--------------------------

	Altre difficoltà	<input type="checkbox"/>
--	------------------	--------------------------

|Breve descrizione della difficoltà

ALTRI ASPETTI IMPORTANTI DA SEGNALARE

|Luogo e data

|Autorità parentale o rappresentante legale

Il presente formulario è da ritornare in tutti i casi alla Direzione entro il 31 gennaio 2025 (anche in caso di non iscrizione).