

RINNOVO DELL'ISCRIZIONE alla Scuola dell'Infanzia Statale

per l'A.S 2026/2027

(da compilare e consegnare entro il 14.02.2026 per i bambini già regolarmente iscritti per l'A.S. 2026/27)

Con riferimento alla Nota Ministeriale n. 100847 del 17 dicembre 2025 e relativi allegati.

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Statale di Alleghe

__I__ sottoscritt__ _____ in qualità di ☐ genitore/esercente la responsabilità genitoriale - ☐ tutore - ☐ affidatario,

E

__I__ sottoscritt__ _____ in qualità di ☐ genitore/esercente la responsabilità genitoriale - ☐ tutore - ☐ affidatario,

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE/TUTORE

COGNOME _____

NOME _____

Luogo di nascita _____ data _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di Residenza: Via _____

Cap. _____ Città _____

Telefono n. _____ Cellulare n. _____

Indirizzo E-mail _____

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE/TUTORE

COGNOME _____

NOME _____

Luogo di nascita _____ data _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di Residenza: Via _____

Cap. _____ Città _____

Telefono n. _____ Cellulare n. _____

Indirizzo E-mail _____

CHIEDONO

Il rinnovo dell'iscrizione del/la bambin_ - _____
(cognome e nome)

- nat_ a _____ il _____
- sesso ☐ M ☐ F
- è cittadino ☐ italiano
- oppure ☐ altro (indicare nazionalità) _____
- è residente a _____ (prov.) _____
- via/piazza _____ n. _____

alla scuola dell'infanzia di _____ per l'A.S 2026/2027;

Dichiara inoltre che il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie: SI ☐ NO ☐

Eventuali comunicazioni:

*Si segnala che, ai sensi dell'art. 3 comma 3, del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci" per le scuole dell'Infanzia la presentazione della documentazione di cui all'art. 3, comma 1, del predetto decreto legge costituisce requisito di accesso alla scuola stessa.

☐ Dichiarazione relativa a allergie, intolleranze alimentari, particolari situazioni di salute:

Data _____ Firma di entrambe i genitori _____

Allegare documento di identità e codice fiscale (Genitori e bambino/a)