



## SCHEDA ANAGRAFICA anno scol. 2020-2021

DEL BAMBINO/A (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

Stato nascita  ITALIA Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

ESTERO Stato \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

### Indirizzo

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### Telefoni (in ordine di priorità)

Numero \_\_\_\_\_ Ruolo, (mamma, papà, casa..., note) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Ruolo, (mamma, papà, casa..., note) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Ruolo, (mamma, papà, casa..., note) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Ruolo, (mamma, papà, casa..., note) \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Ruolo, (mamma, papà, casa..., note) \_\_\_\_\_

**Email:** (per comunicazioni dalla Scuola) \_\_\_\_\_

### **Situazione familiare**

(Coniugati, conviventi, genitore unico, separati, divorziati...) \_\_\_\_\_

### **Padre**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Stato nascita  ITALIA Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

ESTERO Stato \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Delega al ritiro  SI

### **Madre**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Stato nascita  ITALIA Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

ESTERO Stato \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Delega al ritiro  SI

## Fratelli - Sorelle

*SI RICORDA CHE LA DELEGA AL RITIRO PUO' ESSERE CONCESSA SOLAMENTE AI SOGGETTI MAGGIORENNI*

Cognome Nome	Data di nascita	Delega Ritiro
		<input type="checkbox"/> SI
		<input type="checkbox"/> SI
		<input type="checkbox"/> SI

## Altre persone delegate al ritiro

*SI RICORDA CHE LA DELEGA AL RITIRO PUO' ESSERE CONCESSA SOLAMENTE AI SOGGETTI MAGGIORENNI*

Cognome Nome	Codice Fiscale	Ruolo (nonno/a, altri)	Delega Ritiro
			<input type="checkbox"/> SI
			<input type="checkbox"/> SI
			<input type="checkbox"/> SI
			<input type="checkbox"/> SI

## Situazione sanitaria

Vaccinazioni obbligatorie  SI  NO

Disabile  SI  NO

Codice sanitario \_\_\_\_\_

## Problemi di allergie alimentari e di altre tipologie:

.....

.....

**Religione** (cattolico, ebreo, mussulmano, ateo, ...) \_\_\_\_\_

**VERSAMENTO DELLA RETTA PREFERITO :**

**bancomat**

**bonifico**

(barrare la scelta)

Genitore o genitori e relativo Codice Fiscale a cui va intestata la dichiarazione annuale delle spese sostenute per la Scuola.

Cognome Nome	Codice Fiscale

### SCELTA DEL SERVIZIO DI POSTICIPO:

dalle ore 16.00 alle 17.00 (€ 3,00)      SI       NO

dalle ore 17.00 alle 18.00 (€ 3,00)      SI       NO