

Istituto Scolastico Unico Alto Vedeggio Isone - Mezzovico-Vira - Monteceneri

Silvia Fumagalli, Direttrice Via Quadrelle 25, 6804 Bironico Tel: 091 946 17 81 E-mail: segretaria.direzione@isuav.ch

2025-2026

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Il/la Signore/a						
Cogn	ome			Nome		
_ TS:	Iscrive	BOCA - S	□ alo por	Non Iscrive - se ne bambini nati ad		
150	SI - allegare letter		-	INO	agosto e sette	mbre
DATI ALLIEVO	Cognome e r		<u> </u>		Primogeni	to (sì-no):
	- cognome e i	ionic.			Trimogeni	(31 110).
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	١		Entrata in CH	
1) se straniero indicare la Na	azione 2) per gli Svizze	ri 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 - pad	lre – madre – tutore – frat	ello/sorella 5	5) sposati – d	conviventi – divorziati/sepa	rati – fam. monoparenta	le – unione registrata
INDIRIZZO ALLIE	VO E TELEFONO	PRINCIP	PALE			
Indirizzo e località					Tel. principale	
Recapiti padre se	diversi da figlio)		Recapiti madre s	e diversi da fig	ilio
Indirizzo				Indirizzo		
Località				Località		
Cellulare				Cellulare		
Tel. privato				Tel. privato		
Tel. professionale				Tel. professionale		
e-mail				e-mail		
Eventuale altro co	ntatto telefonico (se	egnalare di d	chi)			
Ev. tutore/curato	ore					
Ev. tutore/curatore	2					
Indirizzo				Località		
Tel. privato				Cellulare		
Tel. professionale				e-mail		
		sentare cer	tificato r	medico e/o Proaett	o di Accoalienza	Individualizzato-PAI)
	Çışı Sı			, : : : ; : :		
REFEZIONE per a	llieve e allievi d	ell'anno f	acoltati	vo		
□ Non Iscrive (scel				-		
Cassa malati	SANTIAKIE – a	uiscrezion	ie dell'a	Medico curante		
<u> </u>	ortuni					
Assicurazione info	JI LUIII			RC		

Nome	Data di nascita	Classe/sezione	Docente	Sede Scolastica	<u> </u>
FORMAZIONI	ULTERIORI – a discr	ezione della fai	miglia		
Il bambino è seg	uito da un servizio special	istico Logope	edia		
		Psicon	notricità		
		Ergote	rapia		
		Serviz	io dell'educazione pre	coce speciale (SEPS)	
		Altri se	ervizi (specificare)		
Se il bambino è s	seguito da uno dei servizi i	riportati nel passag	gio precedente, indica	are una persona di riferimento	:
II bambino ha		Proble	mi di linguaggio		
		Diffico	ltà motorie		
		Altre d	 lifficoltà		
Breve descrizione	e della difficoltà				
LTRI ASPETTI I	IMPORTANTI DA SEG	NALARE			
ROMEMORIA					
- Gli iscri - Inviare	itti sono tenuti ad una e il formulario com tico Unico Alto Ved	pilato entro il	28 febbraio alla	a Direzione dell'Istitut 1 Bironico.	:0
Il certificato m compimento de		iciale, è da invi	are entro fine apr	ile 2025 o al più tardi al	
	Luogo		Data		
	Firma di un genitore	logalo)			
	(o del rappresentante	iegaie <i>)</i>			