



COMUNE DI CLARO

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DELL' INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2006 - 2007

I Signori
chiedono l'ammissione alla scuola dell'infanzia di Claro del (della) bambino (a):

COGNOME NOME

NATO (A) IL NAZIONALITA'

ATTINENZA ANNO DI ARRIVO IN SVIZZERA

NOME DEL PADRE PROFESSIONE

NOME DELLA MADRE PROFESSIONE

nr. telefono proprio o più vicino

Numero dei fratelli e anno di nascita:

Lingua parlata in famiglia:

Vive con i genitori? SI / NO

Se no, con chi?

Telefono no: Ev. altro recapito telefonico:

Interessato alla refezione : SI / NO

Ev. osservazioni:

Promemoria:

- a) Gli iscritti sono tenuti ad una frequenza regolare.
- b) Per i bambini di 4 e 5 anni la frequenza è completa: 5 giorni, dal lunedì al venerdì.
- c) Frequenze parziali sono ammesse per i bambini di 3 anni (minimo: 4 mattine alla settimana).
- d) Consegnare all'insegnante l'apposito certificato medico di buona salute il primo giorno di frequenza alla scuola dell'infanzia.

Data

Firma del padre/
della madre:



COMUNE DI CLARO

TRAGITTO CASA - SCUOLA

(Art. 28 Regolamento scuole materne)

1.

Il (la) sottoscritto (a)

autorizza il (la) bambino (a)

a compiere il tragitto **scuola - casa da solo (a)** e si assume qualsiasi responsabilità.

Data

Firma del padre/
della madre:

--

2.

Il (la) sottoscritto (a)

autorizza il (la) signor (a)

o il (la) signor (a)

a prendere il (la) bambino (a)

alla scuola dell'infanzia all'orario stabilito **per l'uscita** e si assume qualsiasi responsabilità.

Firma del padre/

Data

della madre:

QUESTIONARIO RELATIVO A VACCINAZIONI E MALATTIE INFETTIVE SUBITE

Scuola dell'infanzia Claro.

Cognome e nome del bambino:.....

Vaccinazioni

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. antitubercolare o BCG (indicata solo per i gruppi a rischio) | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 2. antidifterica (obbligatoria) | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 3. antitetanica | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 4. antipoliomielitica | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 5. antimorbillo | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 6. antiparotite (contro gli orecchioni) | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 7. antirosolia | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 8. antiepatite A | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 9. antiepatite B | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 10. antihæmophilus influenzae B | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 11. antipertosse | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 12. altre | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |

Malattie infettive subite

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. tubercolosi | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 2. difterite | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 3. pertosse | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 4. tetano | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 5. poliomielite | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 6. morbillo | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 7. parotite (o orecchioni) | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 8. rosolia | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 9. scarlattina | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 10. varicella | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 11. salmonellosi | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 12. epatite A | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 13. epatite B | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 14. meningite cerebrospinale epidemica (haemophilus influenzae B) | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 15. altre | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |

Unire al questionario i certificati di vaccinazione (FOTOCOPIA) e consegnare il certificato medico di buona salute il primo giorno di frequenza alla scuola dell'infanzia.

Firma del padre/

Data

della madre: