

la famiglia convivente del bambino/a è composta da:

	<i>Cognome e nome</i>	<i>Data nascita</i>	<i>Relazione di parentela</i>	<i>Professione</i>
1				
2				
3				
4				
5				

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: sì no.

► Dichiaro che il/la bambino/a:

✓ Ha *problemi sanitari*, o soffre di particolari patologie SI' NO

Specificare quali _____

✓ Ha *bisogni educativi speciali o deficit psicologici e/o motori* SI' NO

Specificare quali _____

✓ Ha *fratelli/sorelle* iscritti presso la Scuola "La Città dei Bambini"
o altra struttura gestita da I.R.P.E.A. per l'anno 2024/2025 SI' NO

► Il nido di provenienza (se frequentato) è il seguente:

Denominazione Istituto

Località

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs.vo 196/2003 e di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della scuola (Regolamento europeo 2016/679 del 27 aprile 2016).

Data _____

Firma del PADRE _____

Firma della MADRE _____

L'accoglimento della presente domanda sarà comunicato dalla direzione del Nido Integrato "La Città dei Bambini". L'iscrizione sarà, quindi, confermata mediante il versamento dell'importo relativo e la presentazione del modulo di iscrizione.