



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

Anno scolastico 2025/2026

Il/la sottoscritto/a Cognome/Nome \_\_\_\_\_ M / F

Grado di parentela  Madre  Padre  Tutore  Affidatario

Dell'alunno/a Cognome/Nome \_\_\_\_\_ M / F

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

### Chiede

L'iscrizione per 40 ore settimanali alla scuola dell'infanzia di **(mettere una X di fianco)**

#### Milano due

- Grimm/Collodi (il plesso e la sezione saranno comunicati a settembre)  
 Montessori (in caso di esubero la domanda sarà accettata nella Scuola Grimm o Collodi)

#### Redecesio

- Munari (Plesso unico)

Consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e preso atto dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto (esposti all'Albo e pubblicati sul sito della Scuola)

### Chiede altresì

di avvalersi dell'anticipo (per i nati dal 01 gennaio al 30 aprile del prossimo anno) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31 dicembre di quest'anno. (Prendere visione dell'apposita nota sul sito alla pagina Iscrizioni)

#### **Uscite didattiche sul territorio comunale**

Il/la sottoscritto/a autorizza per tutti gli anni di frequenza presso la Scuola di codesto Istituto e fino a revoca motivata e scritta, la partecipazione alle uscite didattiche sul territorio comunale, con o senza utilizzo di mezzo di trasporto e previste dal progetto educativo di classe, sollevando la Scuola da ogni responsabilità per eventuali incidenti in itinere non riconducibili al dovere di vigilanza costante dei docenti e sapendo che ogni rischio è coperto da assicurazione.

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

Firma del genitore che non ha compilato la domanda di iscrizione\* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



## NOTIZIE UTILI

Il/la sottoscritto/a in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, rilascia le seguenti dichiarazioni:

### DATI DEI GENITORI

**Primo genitore:**  Madre  Padre  Tutore  Affidatario

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ **M / F**

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Secondo genitore:**  Madre  Padre  Tutore  Affidatario

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ **M / F**

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Frequenza asilo nido/scuola Infanzia (indicare la scuola di provenienza):**

**Anni di frequenza:**

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

Firma del genitore che non ha compilato la domanda di iscrizione\* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



**ALTRE INFORMAZIONI:**

<b>L'alunno/a è in carico:</b> ai servizi sociali: Sì / No al tribunale dei minori: Sì / No ad uno specialista: : Sì / No altro (specificare):	<b>L'alunno/a presenta:</b> disturbi visivi : Sì / No disturbi uditivi : Sì / No disturbi motori : Sì / No disturbi di linguaggio: Sì / No altro (specificare):
<b>L'alunno/a ha disabilità certificata :</b> Sì / No (Produrre documentazione all'atto dell'iscrizione)	<b>Abitudini alimentari dell'alunno/a*:</b> dieta musulmana : Sì / No dieta allergica : Sì / No dieta vegetariana : Sì / No altro (specificare):  <small>*Le allergie e/o le diete speciali dovranno essere comunicate anche in fase di iscrizione ai servizi comunali.</small>
Se l'alunno/a ha necessità di somministrazione di un farmaco durante l'orario scolastico e ha la necessità di un farmaco salvavita, entro agosto dovrà essere attivato il protocollo che verrà indicato dalla Direzione su richiesta via mail della famiglia all'indirizzo <a href="mailto:miic8bk00l@istruzione.it">miic8bk00l@istruzione.it</a>	<b>Altre segnalazioni e/o informazioni: (ad es fratelli frequentanti, fratelli gemelli, ecc)</b>

Eventuale altra documentazione riservata può essere inviata all'indirizzo [miic8bk00l@istruzione.it](mailto:miic8bk00l@istruzione.it)

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

Firma del genitore che non ha compilato la domanda di iscrizione\* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



**Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica**

Alunno \_\_\_\_\_

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta ha valore per l'intero periodo di frequenza della scuola dell'Infanzia, fatto salvo il diritto di modificare tale scelta per l'anno successivo, entro i termini del periodo delle iscrizioni, esclusivamente su iniziativa degli interessati (Circolare ministeriale 33071/22)

La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa

Chiede di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Chiede di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

Firma del genitore che non ha compilato la domanda di iscrizione\* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Art. 9.2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929:

“La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado.

Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento.

All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione”.



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d.lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.

Istituto Comprensivo "A.B. Sabin" Segrate	INFORMATIVA PRIVACY - Alunni e famiglie	Rev. 3 del 18/05/2022
---	---	--------------------------

Io sottoscritto/a

Io sottoscritto/a\*

Nella nostra qualità di genitori o tutori del minore

Ai sensi del GDPR 2016/679, dichiarano:

- 1) di aver preso visione dell'informativa sul sito alla pagina <https://www.icsabin.edu.it/privacy/> del sito;
- 2) di  **CONSENTIRE** o  **NON CONSENTIRE** il trattamento dei dati, anche particolari, del minore per le finalità sopra esposte e necessariamente connesse all'espletamento del servizio di istruzione<sup>1</sup>;
- 3) di  **CONSENTIRE** o  **NON CONSENTIRE** la comunicazione dei dati, anche particolari, all'istituto scolastico in cui il minore potrà eventualmente trasferirsi, ai sensi dell'art. 96 del D. Lgs. 196/03 e ss.mm.ii.;
- 4) di  **AUTORIZZARE** o  **NON AUTORIZZARE** la pubblicazione di foto o video del minore su sito web istituzionale, canali social istituzionali, giornalini scolastici e locali;
- 5) di  **AUTORIZZARE** o  **NON AUTORIZZARE** la pubblicazione di foto del minore sull'Annuario realizzato dall'Associazione Genitori
- 6) di  **CONSENTIRE** o  **NON CONSENTIRE** l'utilizzo delle eventuali riprese audiovisive per progetti didattici futuri e/o collegati.

Segrate, li \_\_\_\_\_

Firma genitore\* (o tutore) \_\_\_\_\_

Firma genitore\*\* \_\_\_\_\_

\* In caso di compilazione di uno solo dei genitori, si assume che sia l'unico ad avere potestà giuridica sul minore.

\*\* In caso di firma di uno solo dei genitori, si assume che la scelta sia effettuata in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del cod. civ. che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

<sup>1</sup> Si sottolinea che in caso di negazione del consenso al trattamento dei dati del minore sarà impossibile procedere con l'erogazione del servizio stesso.



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail segreteria@icsabin.edu.it http// www. icsabin.edu.it  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



### AUTODICHIARAZIONE VACCINAZIONI

Il sottoscritto:  Madre  Padre  Tutore  Affidatario

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E.Mail \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/7/2017, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA CHE

Il minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

### ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella; (\*)

(\*) per i nati dopo il 01/01/2017, che effettueranno la vaccinazione dopo il compimento dell'anno di età, come indicato dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale)

ha effettuato in data \_\_\_\_\_ richiesta di prenotazione all'azienda sanitaria locale di \_\_\_\_\_ / pediatra per effettuare le suindicate vaccinazioni

(luogo, data) \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:** Come da circolare 33071 del 30/11/2022 con oggetto "Iscrizioni alla scuola dell'Infanzia e alla scuola di ogni ordine e grado per l'A.S. 2023/24", si specifica che "la mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporta la **decadenza dell'iscrizione** alla scuola dell'Infanzia



**ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"**  
Via Res. Archi – 20054 Segrate (Milano)  
Tel. 02 264 11 001  
e- mail [segreteria@icsabin.edu.it](mailto:segreteria@icsabin.edu.it) [http// www. icsabin.edu.it](http://www.icsabin.edu.it)  
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



\* genitori/chi esercita la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario, per gli allievi delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado (se minorenni).

Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.