

# DOMANDA DI ISCRIZIONE



## SCUOLA DELL'INFANZIA "S.G.B. DE LA SALLE" A.S. 2025/26

PARITARIA D.M.31028 06/09/02 – C.M. RM1A22400L - Via dell'Imbrecciato, 181 00149 Roma  
+39.06.20976431 - segreteria@collelasalle.it - amministrazione@collelasalle.it - www.collelasalle.it

**Al Direttore**

I sottoscritti, in qualità di:

- padre/esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)
- madre/esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)
- tutore  affidatario \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

### CHIEDONO

L'iscrizione dell'alunn \_\_\_\_\_ (sesso  M  F)  
(cognome e nome)

Alla classe \_\_\_\_\_ della SCUOLA DELL'INFANZIA di codesta scuola per l'a.s. **2025/26**.

Consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

### DICHIARANO che

- L'alunno/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)
- DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_
- STATO \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_
- RESIDENZA: Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_
- DOMICILIO: Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_
- Proviene dalla Scuola \_\_\_\_\_ ove ha  
frequentato la classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_
- Frequenza Nido SI  NO
- Scuola Infanzia SI  NO

(Segue)

- La propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

1.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)
2.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)
3.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)
4.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)
5.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)

#### **Dichiarazione eventuali Bisogni Educativi Speciali (B.E.S) dell'alunno/a:**

**I Genitori dichiarano e presentano certificazioni/diagnosi pregresse conseguite prima dell'anno scolastico in corso:**

**D.S.A.**

**D.E.S. (Disturbo evolutivo specifico)**

**Condizione di disabilità (Ai sensi della legge 104/1992 con specifica del grado di invalidità)**

In caso di alunno/a con disabilità, la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica consegnando copia della certificazione entro 10 giorni dalla chiusura delle iscrizioni.

**altro (specificare) \_\_\_\_\_**

#### **Firme di autocertificazione**

(Leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola.

*"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato l'iscrizione/scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".*

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Firma della Madre \_\_\_\_\_

Firma del Tutore/Affidatario \_\_\_\_\_

\*dato di contesto richiesto esclusivamente per le rilevazioni degli apprendimenti INVALSI – ex art. 6 comma 1 lettera A del D.M. 80/2013

**DATI ANAGRAFICI GENITORI/TUTORE/AFFIDATARIO:****PADRE**

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

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

RESIDENZA: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\*Professione \_\_\_\_\_ \*Titolo di studio \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Documento tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Responsabilità genitoriale  SI  NO**MADRE**

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

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

RESIDENZA: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\*Professione \_\_\_\_\_ \*Titolo di studio \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Documento tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Responsabilità genitoriale  SI  NO

(Segue)

**TUTORE / AFFIDATARIO**

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

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

RESIDENZA: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\*Professione \_\_\_\_\_ \*Titolo di studio \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Documento tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Responsabilità genitoriale  SI  NO

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per presa visione e accettazione:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

**Da compilare qualora UN SOLO Genitore eserciti la responsabilità genitoriale sul minore:**

      sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore/affidatario  
(cognome e nome)

**DICHIARA**

Di essere l'unico esercente la responsabilità genitoriale del figlio/a.

Firma di autocertificazione:

---

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola)

**DATI AMMINISTRATIVI per la FATTURAZIONE**

Si chiede di intestare le fatture a:

PADRE    MADRE    TUTORE/AFFIDATARIO    ALUNNO

Fratelli/Sorelle frequentanti l’Istituto (specificare nomi e classi, per applicare la sconto previsto)

1. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

N.B. Si ricorda che è possibile comunicare eventuali cambi di intestazione delle fatture. Tale richiesta non potrà avere in nessun caso effetto retroattivo. Pertanto le fatture già emesse non potranno essere modificate.

Indicare l’indirizzo e-mail destinatario delle fatture:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE – DATI BANCARI:**

Intestazione beneficiario:

PROV. CONGR. FRATELLI SCUOLE CRISTIANE

Nome istituto:

BANCA POP. DI SONDRIO

IBAN:

IT94N0569603204000009171X61

**SCHEDA SANITARIA ALUNNO/A**

I sottoscritti, in qualità di:

padre/esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

madre/esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

tutore  affidatario \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

- Che l'alunno/a è stato sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie:  SI  NO

**Allegare obbligatoriamente copia del certificato di vaccinazione**

- Allergie/Intolleranze (allegare obbligatoriamente certificato medico):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Eventuali patologie rilevanti per la vita scolastica (es. cardiopatia, diabete etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per la richiesta di SOMMINISTRAZIONE FARMACI durante l'orario scolastico è necessario compilare i seguenti moduli, disponibili sul sito dell'Istituto [www.collelasalle.it](http://www.collelasalle.it):

- a) Certificazione medica
- b) Richiesta somministrazione farmaci

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per presa visione e accettazione:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO PRIVACY

I sottoscritti firmatari dichiarano di autorizzare il trattamento dei dati contenuti nelle certificazioni e nelle autocertificazioni prodotte, compresi i trattamenti riguardanti video ed immagini, dopo avere attentamente letto e preso atto della informativa sulla privacy fornita dall’Istituto medesimo e pubblicata sul sito internet all’indirizzo [www.collelasalle.it](http://www.collelasalle.it) ai sensi dell’art.13 D.LGS. n.196/2003 e art.13 del regolamento europeo 2016/679 e presente nel Regolamento di Istituto e PTOF.

**Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda.**

*“I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato l’iscrizione/scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.*

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per presa visione e accettazione:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

## PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITÀ

Il **Patto educativo di corresponsabilità** è la dichiarazione, condivisa tra Scuola e famiglia, che esplicita le priorità educative e i diritti/doveri di tutte le componenti presenti nella Scuola. Suo obiettivo è la crescita integrale dell'alunno/a attraverso gli interventi didattici ed extra didattici attivati dalla Scuola e inseriti nella programmazione.

### La Scuola si impegna a:

- Offrire un ambiente favorevole alla crescita integrale della persona, garantendo un servizio didattico di qualità in un ambiente educativo sereno, sostenendo il processo di formazione di ciascuno studente, nel rispetto dei suoi ritmi e tempi di apprendimento.
- Offrire iniziative concrete per il recupero di situazioni di svantaggio, al fine di favorire il successo formativo, oltre a promuovere il merito e incentivare le situazioni di eccellenza.
- Garantire la trasparenza nelle valutazioni e nelle comunicazioni, mantenendo un costante rapporto con le famiglie, anche attraverso strumenti tecnologicamente avanzati, nel rispetto della privacy.
- Assicurare una corretta e tempestiva comunicazione alle famiglie riguardo al calendario scolastico, alle iniziative didattiche e alle linee educative della Scuola.

### L'alunno/a si impegna a:

- Prendere coscienza dei propri diritti/doveri rispettando la Scuola intesa come comunità, gli ambienti e le attrezzature e attenendosi a quanto indicato nel Regolamento.
- Rispettare i tempi programmati e concordati con i Docenti per il raggiungimento del proprio curriculum, impegnandosi in modo responsabile nell'esecuzione dei compiti richiesti.
- Accettare, rispettare e aiutare gli altri compagni.

### La famiglia si impegna a:

- Conoscere il PTOF dell'Istituto, accettandone le linee educative e attenendosi a quanto indicato nel Regolamento.
- Sostenere il percorso scolastico del/della figlio/a, favorendo un'assidua frequenza alle lezioni e un motivato impegno di studio; i genitori infatti, sono consapevoli di essere i primi responsabili del processo di educativo dei propri figli.
- Valorizzare l'istituzione scolastica, instaurando un positivo clima di dialogo, nel rispetto delle scelte educative e didattiche condivise, oltre ad un atteggiamento di reciproca cooperazione con i Docenti.
- Collaborare con la Scuola, partecipando attivamente agli organismi collegiali e alle iniziative culturali, religiose, ricreative e sportive programmate nel corso dell'anno.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per presa visione e accettazione:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

## NORME PER L’ISCRIZIONE

- a) L’atto di iscrizione costituisce piena accettazione del piano dell’offerta formativa, del progetto educativo dell’Istituto, del regolamento interno e delle norme amministrative (disponibili sul sito dell’Istituto [www.collelasalle.it](http://www.collelasalle.it))
- b) Le iscrizioni degli alunni frequentanti la Scuola Primarie e Secondaria, poiché vengono effettuate prima di conoscere il risultato finale dell’anno scolastico, sono accettate con riserva. Al Direttore e al Coordinatore didattico competono le ammissioni degli alunni alla frequenza.
- c) La domanda di iscrizione ha efficacia annuale e viene indirizzata al Direttore.
- d) La re iscrizione degli alunni non ammessi alla classe successiva è riservata congiuntamente Direttore dell’Istituto e al Coordinatore didattico.
- e) La Direzione, sentito il parere degli organi collegiali, si riserva il diritto di allontanare in qualsiasi periodo dell’anno scolastico l’alunno/a la cui condotta fosse in evidente contrasto con i principi morali e disciplinari dell’Istituto.
- f) Per le famiglie che ancora non hanno saldato le rate amministrative dell’anno scolastico precedente, la Direzione si riserva la facoltà di accettare l’iscrizione dell’alunno/a all’anno scolastico successivo.
- g) **La proposta educativa dell’Istituto “Colle La Salle “è rivolta alle famiglie che sono disponibili ad accoglierla, condividendone gli ideali e gli obiettivi formativi. A tutti si richiede il rispetto verso l’istituzione lasalliana e verso la comunità educante. Qualora questo non avvenga, il Direttore si riserva di chiedere ai genitori la risoluzione del presente contratto.**
- h) La scadenza per il rinnovo dell’iscrizione alle classi successive è fissata al 31 maggio di ogni anno.

## NORME AMMINISTRATIVE

- **ISCRIZIONE ANNUALE**            € 300,00
- **RETTA ANNUALE:**

CORSO	IMPORTO RETTA ANNUALE (A.S. 2025/26)
<b>SCUOLA INFANZIA (7:30 – 15:00)</b>	<b>3.000,00 €</b>
<b>SCUOLA INFANZIA (7:30 – 16:30)</b>	<b>3.600,00 €</b>

1. **La quota di iscrizione annuale non è rimborsabile.**
2. La retta è annuale. La Direzione concede di suddividere il pagamento in **3 rate trimestrali anticipate** (scadenze: 15 settembre – 15 gennaio – 31 marzo).
3. In caso di ritiro anticipato dalla Scuola, l’importo della rata trimestrale è dovuto per intero.
4. Nel caso di più fratelli frequentanti: per il primo la retta è dovuta per intero; al secondo sarà praticato uno sconto del 15% sulla retta di frequenza, al terzo lo sconto sarà praticato lo sconto del 30%.

*(Segue)*

5. Il pagamento anticipato della retta, **entro il 30 settembre di ogni anno**, dà diritto ad uno sconto del 5% sull’importo della retta annuale.
6. In caso di ritardato pagamento, sulle singole rate verranno applicati gli interessi legali di mora.
7. In caso di ritardo e/o mancato pagamento delle rette scolastiche e dei servizi, dopo un primo sollecito inviato dall’Amministrazione dell’Istituto ai genitori dell’alunno/a, il recupero del credito verrà gestito dallo Studio Legale di riferimento della Provincia della Congregazione dei Fratelli delle Scuole Cristiane.
8. Il COSTO DEL PASTO è di € 5,50 al giorno con pagamento mensile a consuntivo (in base al numero di presenze effettive). È possibile versare una quota annuale per il servizio mensa pari a € 802,00. La scelta va comunicata in Amministrazione mediante l’apposito modulo disponibile sul sito dell’Istituto [www.collelasalle.it](http://www.collelasalle.it). Il versamento della quota unica per il servizio mensa va effettuato entro il 15 novembre di ogni anno.
9. Il servizio di **POST SCUOLA** viene fornito con orario 16:30 – 18:00. Il costo del servizio è fissato a € 6,00 al giorno, con pagamento mensile a consuntivo (in base al numero di presenze effettive) oppure con pagamento in unica soluzione pari a € 80,00.
10. Per ogni controversia che dovesse insorgere sull’interpretazione o sull’applicazione delle suestese norme, sarà competente lo Studio Legale di riferimento della Provincia della Congregazione dei Fratelli delle Scuole Cristiane.

I sottoscritti

Dichiarano di aver preso visione delle suddette norme e danno atto che le clausole **f)** (accettazione dell’iscrizione) – **g)** (accettazione proposta educativa) – **1)** (non rimborsabilità quota di iscrizione) – **2)** (scadenza retta) – **3)** (ritiro anticipato) – **6)** (ritardo nei pagamenti) – **11)** (Foro competente) sono state lette e comprese e sono il risultato di una libera trattativa.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per presa visione e accettazione:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE:**

(Segnare con una X)

- n.4 Fototessere alunno/a
- Fotocopia codice fiscale alunno/a
- Certificato vaccinazioni obbligatorie
- Certificati medici (specificare):

---

---

---

- Certificazioni/Diagnosi (specificare):

---

---

---

- Richiesta somministrazione farmaci (moduli *a*) e *b*) disponibili sul sito [www.collelasalle.it](http://www.collelasalle.it))