

**Al Preside  
dell' ISTITUTO PARITARIO "MARSILIO FICINO"  
Figline Valdarno**

**DOMANDA DI PREISCRIZIONE  
ALLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO  
anno scolastico 2024-2025**

Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'iscrizione alla CLASSE PRIMA del proprio figlio/a:**

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel.abit. \_\_\_\_\_

figlio/a di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel/cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

e di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale (dello studente) \_\_\_\_\_

cittadinanza ( ) italiana ( ) altro (indicare lo Stato) \_\_\_\_\_

Scuola di provenienza: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto:

**richiede:**

- che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ ( ) si avvalga ( ) non si avvalga  
dell'insegnamento della Religione Cattolica

**dichiara:**

- di essere a conoscenza che la lingua straniera curricolare per tutti è la LINGUA INGLESE e che come seconda Lingua Straniera il proprio figlio/a sceglie:

( ) LINGUA FRANCESE ( ) LINGUA SPAGNOLA;

- che il proprio figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ( ) SI ( ) NO
- che il proprio figlio/a ha allergie/intolleranze alimentari certificate ( ) SI ( ) NO

In caso di risposta affermativa indicare quali e portare copia della relativa certificazione:

---

- che il proprio figlio/a ha particolari necessità mediche ( es. uso abituale di particolari farmaci) ( ) SI ( ) NO

In caso di risposta affermativa indicare quali e portare la relativa certificazione medica :

---

- Alunno con disabilità (Certificazione ai sensi della Legge 104/92) ( ) SI ( ) NO
- Alunno con DSA ( ) SI ( ) NO
- Alunno con Bisogni Educativi Speciali ( ) SI ( ) NO
- In caso di certificazioni ai sensi della Legge 104/92 o per DSA si impegna a depositare presso la Segreteria dell'Istituto la relativa documentazione entro il 30 giugno 2024.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(autocertificazione Legge 15/98)

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (scrivere in stampatello)**

Cognome                      Nome                      luogo e data di nascita                      grado di parentela

.....

.....

**INDICARE I NOMINATIVI DEI FAMILIARI CONVIVENTI PER EVENTUALI CONTATTI:**

1. Cognome e nome .....

tel. ....cell.....

e-mail.....

2. Cognome e nome .....

tel.....cell.....

e-mail.....