



Fondazione Levis Plona

SCUOLA PARITARIA INFANZIA E PRIMARIA - INDIRIZZO BILINGUE ITALIANO-INGLESE
VICENZA VI1A180007 - VI1E00300V

Porta S. Croce, 55 - 36100 VICENZA Tel. 0444 322781 - P.IVA 01326060249 - C.F. 80015410246
segreteria@levisplona.it - [PEC: levisplona@pec.it](mailto:levisplona@pec.it) sito: www.levisplona.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

__l__ sottoscritto/a _____ in qualità di PADRE MADRE TUTORE

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2024 /25

ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA SCUOLA PRIMARIA classe _____

dell'alunno/a

COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tal fine **DICHIARA**, in base alle norme sulla semplificazione dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che il bambino sopraindicato:

è nato a _____ prov di _____ il ____ / ____ / ____ M F

Se l'alunno/a non è nato/a in Italia, indicare la data di arrivo in Italia _____

è cittadino italiano altro (indicare la nazionalità) _____

è residente a _____ in via/ _____

ha il domicilio a _____ in via/ _____
(solo se diverso dalla residenza anagrafica)

recapiti telefonici (solo per esigenze della scuola e del bambino; in riferimento segnare: "mamma" o "nonni", ecc...)

	RIFERIMENTO	TEL		RIFERIMENTO	TEL.
1			2		
3			4		
5			6		

indirizzo di posta elettronica per comunicazioni: _____ @ _____ ;

_____ @ _____

la famiglia convivente del bambino/a è composta da

PARENTELA	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Data _____ Firma del padre _____

Firma della madre _____

(a valere come autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa resa dalla scuola e di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della scuola (Regolamento europeo 2016/679 del 27 aprile 2016).

Data _____ Firma _____

Dichiara inoltre che il/la bambino/a :

- ha frequentato la scuola dell'infanzia, se sì per anni _____ SI NO
- ha frequentato il nido SI NO
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO
- ha problemi sanitari o soffre di qualche patologia *come da allegata documentazione* SI NO
- ha bisogni o deficit psicologici e/o motori *come da allegata documentazione* SI NO
- necessita di somministrazione di farmaci salvavita a scuola *come da allegata documentazione* SI NO
- manifesta allergie, intolleranze *come da allegata documentazione* SI NO

Se sì, quali?

- Struttura Sanitaria di appartenenza ULSS n° _____
- Scuola di provenienza _____

Denominazione Scuola
Località
- Altro da segnalare _____

Allega:

- Copia di un documento di identità valido dei genitori e del bambino, con copia del codice fiscale
- Informativa sul trattamento dei dati (valida per tutta la permanenza nella presente Istituzione, salvo diversa richiesta)
- Altra documentazione (specificare) _____

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE

COGNOME					NOME																					
LUOGO DI NASCITA (COMUNE, PROVINCIA)					DATA DI NASCITA																					
CODICE FISCALE					CITTADINANZA																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																										
COMUNE DI RESIDENZA					C.A.P.																					
VIA/PIAZZA					N. CIVICO																					
CONVIVENTE CON IL BAMBINO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
TITOLO DI STUDIO (facoltativo)					PROFESSIONE(facoltativo)																					
E-MAIL					TELEFONO																					

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE

COGNOME					NOME																					
LUOGO DI NASCITA (COMUNE, PROVINCIA)					DATA DI NASCITA																					
CODICE FISCALE					CITTADINANZA																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																										
COMUNE DI RESIDENZA					C.A.P.																					
VIA/PIAZZA					N. CIVICO																					
CONVIVENTE CON IL BAMBINO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
TITOLO DI STUDIO (facoltativo)					PROFESSIONE(facoltativo)																					
E-MAIL					TELEFONO																					

INTESTATARIO DEL PAGAMENTO: _____
(cognome e nome)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I **genitori**, che sottoscrivono la presente dichiarazione:

- confermano di aver preso visione del Piano Triennale dell'Offerta Formativa <https://www.levisplona.it/documenti/>
- dichiarano di condividere il progetto educativo di scuola di ispirazione cristiana e le linee dell'attività didattica e formativa come specificato nel PTOF;
- garantiscono il rispetto degli orari e dell'organizzazione interna della scuola come stabilito dal Regolamento di Istituto <https://www.levisplona.it/documenti/>
- assicurano la propria partecipazione a momenti di condivisione e confronto del percorso educativo;**
- sottoscrivono il seguente contratto di prestazione scolastica e s'impegnano a rispettarne le disposizioni.

La domanda è ritenuta valida solo con la consegna di tutti i documenti (se non già depositati in segreteria) **e il versamento della quota di iscrizione**

Data _____

Firma del PADRE _____

Firma della MADRE _____

RETTE MENSILI DI FREQUENZA PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025

SCUOLA DELL'INFANZIA

dai 3 anni compiuti entro il 30 APRILE 2025 con precedenza ai bambini nati prima

ORARIO : 8:30/9:00 – 15:30 (ANTICIPO 7:30 – POSTICIPO 18:00)

LA QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUA

370,00 €

Comprende: assicurazione, riscaldamento, fornitura e lavaggio di bavaglie, asciugamani, biancheria da letto e spese generali

RETТА MENSILE

370,00 €

N° 10 rette che comprendono anche spuntino del mattino, pranzo e merenda del pomeriggio, lezioni settimanali di educazione motoria e di musica, la compresenza in sezione, per 3 ore ogni giorno, dell'insegnante madrelingua inglese.

a cui si aggiunge l'aumento ISTAT rilevato ad agosto 2024 comunque non superiore a 20.00 €

Non sono comprese le quote per anticipo/posticipo e le attività facoltative extrascolastiche

A PARTIRE DAL SECONDO FIGLIO NON SARÀ APPLICATO L'AUMENTO ISTAT: LA RETTA MENSILE RIMANE INVARIATA A 296,00 €.

IL VERSAMENTO UNICO DI TUTTE LE MENSILITÀ PREVEDE UNO SCONTO DEL 2%

LA QUOTA DI ISCRIZIONE E LE QUOTE MENSILI VANNO VERSATE:

- con bonifico bancario sul c.c.b. intestato a : Fondazione Levis Plona
IBAN: IT 57 E 03069 11894 1 0000 0005 095 Banca Intesa Vicenza
- presso la segreteria della scuola con bancomat o carta di credito

IL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE VA EFFETTUATO ENTRO IL 5 DEL MESE

.....
Accetto le condizioni sopraindicate e, preso atto di quanto espresso nel Regolamento della Scuola, mi impegno al rispetto dell'accordo

Data

Firma del Genitore/tutore