

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA  
ISTITUTO SAN PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE

Corso A. De Gasperi, 53 TRANI ( BT )

Tel. 0883481150

Sito: [www.sanpaolotrani.com](http://www.sanpaolotrani.com)

E-mail: [istitutosanpaolotrani@virgilio.it](mailto:istitutosanpaolotrani@virgilio.it)

PEC: [raivana@legalmail.it](mailto:raivana@legalmail.it)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A. S. 20.....- 20.....**

**SEZIONE PRIMAVERA**

I sottoscritti:

Dati genitore:

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ _____ (prov.) _____ il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____ domicilio: indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____ residenza (se diverso dal domicilio): indirizzo _____ _____ prov. _____ c.a.p. _____
---

**CONTATTI:** indirizzo email (in stampatello maiuscolo):  
\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Dati genitore:

Cognome _____ nome _____ nato/a _____ (prov.) _____ _____ il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____ domicilio: indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____ residenza (se diverso dal domicilio): indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____
--

**CONTATTI:** indirizzo email (in stampatello maiuscolo):

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a .....

**CHIEDONO**

L'iscrizione del proprio figlio/a alla classe .....

**A TAL FINE DICHIARA**

di conoscere e condividere il Piano dell'Offerta Formativa della scuola e di impegnarsi a sottoscrivere il Patto di Corresponsabilità ed il Regolamento Scolastico ( pubblicati sul sito [www.sanpaolotrani.com](http://www.sanpaolotrani.com) ). E dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

L'alunno/a ..... C. F. ....

Nato a ..... il .....

Cittadinanza.....Sesso ( M/F ).....

Residenza: indirizzo.....Prov. ( .....)

Via/piazza.....CAP.....

Che la propria famiglia convivente è composta da:

Padre .....C.F. ....

Madre .....C.F. ....

Altri figli .....

.....

.....

## DICHIARA INOLTRE

Che il proprio figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI  NO

Che il proprio figlio/a soffre di particolari allergie SI  NO

Che in presenza di difficoltà di apprendimento ( DSA, DVA, ecc...) è indispensabile fornire al Coordinatore Didattico tutte le informazioni e la documentazione relativa; la mancata o incompleta comunicazione preventiva invalida l'atto di iscrizione.

Il sottoscritto/a .....

Presenta autocertificazione delle dichiarazioni prodotte ai sensi delle Leggi 15/98-127/97-131/98 e DPR 445/00

Dichiaro di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito scolastico ( MIUR , Regione, Provincia, Comune ) e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione ( D.L. 196/2003, art. 13 )

Dichiaro di acconsentire che i dati personali sensibili del/della proprio/a figlio/a possono essere trasmessi all'ASL e ad altri Enti dell'area sanitaria e sociale per i compiti istituzionali di prevenzione, tutela e sorveglianza della salute della collettività

Dichiaro di essere a conoscenza che in nessun caso la quota di iscrizione è rimborsabile.

Data .....

Firma.....

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA  
ISTITUTO SAN PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE  
Corso A. De Gasperi, 53 TRANI ( BT )

Tel. 0883 481150

Sito: [www.sanpaolotrani.com](http://www.sanpaolotrani.com)

Email: [istitutosanpaolotrani@virgilio.it](mailto:istitutosanpaolotrani@virgilio.it)

PEC: [raivana@legalmail.it](mailto:raivana@legalmail.it)

ANNO SCOLASTICO 2024-2025  
CONTRATTO DI ISCRIZIONE SCUOLA-FAMIGLIA

Bambino/a \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Indirizzo residenza \_\_\_\_\_  
Telefoni: \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di padre, nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ in qualità di madre, nata a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Prov.(\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ in qualità di tutore, nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Prov.(\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

DICHIARANO

Di aver preso visione delle informazioni inerenti i costi e le modalità operative di tutto quanto inerenti la permanenza dell'alunno/a sopra citato/a presso codesto Istituto e accettano quanto segue:

1. Di versare per l'anno scolastico 2024-2025 un importo di €190,00 per ISCRIZIONE, RISCALDAMENTO E ASSICURAZIONE.

RETTE SCOLASTICHE in 10 Rate da €240,00 (da versare entro il 5 di ogni mese da settembre a giugno)

2. Di versare € 25,00 Fondo Cassa ( per i materiali - lavoretti )

3. Di acquistare i blocchetti di buoni pasto, qualora se ne usufruisca, in economato ( blocchetto da 10 pasti € 45,00)
4. Di versare, oltre al costo complessivo della retta, i costi relativi alle eventuali progetti didattici proposte nei tempi e nelle modalità indicate da Codesto Istituto nel Piano dell'Offerta Formativa.
5. Di impegnarsi al pagamento delle rate con modalità:
  - Carta di credito o Bancomat
  - Contanti
  - Bonifico**IBAN: IT 21 M 01030 41720 000000076509** intestato a ISTITUTO SAN PAOLO SUORE ANGELICHE
6. Di accettare :
  - a) Che la quota di iscrizione NON E' RESTITUIBILE.
  - b) Che, in caso di ritiro dell'alunno da parte della famiglia ad anno scolastico iniziato, dovrà essere comunque versata una penale di due mesi.Specificare a chi intestare la ricevuta \_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano di accettare i punti: 1;2;3;4;5;6

- Si approvano specificatamente ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile le seguenti clausole:

**L'ammontare delle rette scolastiche ogni anno è fissato dalla Direzione dell'Istituto ed è comunicato alle famiglie degli alunni prima dell'inizio di ogni anno scolastico.**

LA FAMIGLIA SI IMPEGNA A CORRISPONDERE L'IMPORTO DELL'INTERA RETTA SCOLASTICA, SECONDO LE MODALITA' STABILITE, ANCHE IN CASO DI LUNGHE INTERRUZIONE DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.

FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

O FIRMA DEL TUTORE \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_