

SCUOLA INFANZIA SACRO CUORE  
VIA S.CATERINA N° 2  
42014 CASTELLARANO R.E.  
TEL 0536 850271 email scmatscuore@libero.it



## Al presidente della scuola paritaria “SACRO CUORE”

I sottoscritti genitori del bambino.....

### CHIEDONO

Di poter iscrivere il figlio/a alla scuola per l’infanzia “Sacro Cuore” di Castellarano per l’anno scolastico 2026/27 con frequenza:

- >mezza giornata con ritiro alle ore 13
- >intera giornata con ritiro alle ore 16
- > intera giornata con ritiro alle 16,30
- > intera giornata con ritiro alle 18

### DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome del bambino.....

nato a..... il..... codice fiscale.....

Residente a ..... in via ..... N° .....

Telefono di casa..... cellulare mamma.....

Cellulare papà.....

Cognome e nome del padre..... nato a.....

Il..... professione.....

Cognome e nome della madre..... nata a.....

Il..... professione.....

Il bambino/a ha frequentato l’asilo nido? SI, NO se si, quale?.....

Ha frequentato altre scuole dell’infanzia? Si, No se si, quale?.....

Indirizzo mail per eventuali comunicazioni.....

Data di presentazione della domanda.....

Firma di entrambi i genitori.....