

BABY FRIENDS

Asilo Nido - Ludoteca - Doposcuola
Via E. A. Mario 35, 80128 Napoli - tel. 081 19917575
www.nidobabyfriends.it – info@nidobabyfriends.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

L sottoscritt_ _____ in qualità di madre padre tutore
(cognome e nome)

CHIEDE

L'iscrizione dell'alunno _____ al Micronido Baby Friends per
l'anno scolastico 202_/202_

A tal fine dichiara, in base alle norme dello snellimento dell'attività amministrativa e consapevole
delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, che:

l'alunno/a _____
(cognome e nome) (codice fiscale)

è nat_ a _____ il __/__/____ è cittadino _____

è residente in _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ provincia _____

è proveniente da altro Nido

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie / in caso negativo specificarne le motivazioni

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento del Micronido Baby Friends, degli
allegati al presente modulo e delle rette vigenti.

INDIRIZZO MAIL: _____

DATI FATTURAZIONE: _____

Data _____

Firma _____

Firma di autocertificazione (DPR 445/2000)

Si Allegano:

Mod. A Regolamento Micronido BabyFriends

Mod. B Informativa sulla privacy

Copia documenti genitori

Copia doc. delegati al ritiro del minore

Certificato Vaccinale ad uso scolastico

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DELL'ALUNNO

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

RECAPITI TELEFONICI

	ABITAZIONE	UFFICIO	CELLULARE
PADRE			
MADRE			

Professione padre: _____

Domicilio in: _____

Professione madre: _____

Domicilio in: _____

AUTORIZZAZIONE A PRELEVARE IL BAMBINO:

Il sottoscritto/a autorizza le seguenti persone a prelevare il bambino in sua vece:

Nome _____ estremi documento _____

Nome _____ estremi documento _____

Nome _____ estremi documento _____

CHIEDE

Per chi sceglie di avvalersi del servizio Refezione:

- dichiara di aver preso visione del piano alimentare;
- il sottoscritto porta a conoscenza dell'Istituto che l'alunno/a presenta le seguenti allergie – intolleranza alimentare – patologia In conseguenza della quale non può assumere i seguenti alimenti:

E ha bisogno, pertanto, di un menù alternativo che comprenda, possibilmente, gli alimenti di seguito indicati:

Data _____

Firma _____
Firma di autocertificazione (DPR 445/2000)