



**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO POMERIGGI INTEGRATIVI (DOPOSCUOLA)
SCUOLA PRIMARIA ISTITUTO COMPRENSIVO DI DUEVILLE
ANNO SCOLASTICO 2018-2019**

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE _____ residente a _____
in Via _____ tel. casa _____ cell. _____
e-mail _____

altri riferimenti telefonici (almeno 2) da contattare in caso di emergenza:

NOME E COGNOME _____ PARENTELA (nonna...) _____ Tel. 1: _____
NOME E COGNOME _____ PARENTELA (nonna...) _____ Tel. 2: _____
NOME E COGNOME _____ PARENTELA (nonna...) _____ Tel. 3: _____

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il
_____ CODICE FISCALE _____ frequentante la scuola
primaria _____

classe _____ sez. _____ del Comune di Dueville nell'anno scolastico 2018/19

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di POMERIGGI INTEGRATIVI (DOPOSCUOLA) per L'A.S. 2018/2019 nel plesso:

- "Don Milani" (Dueville)
 "Don Bosco" (Povolaro) "G. Pascoli" (Vivaro)

Si impegna a versare alla Cooperativa Margherita Soc. Coop. Sociale di Sandrigo la seguente **retta di frequenza mensile**:

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Costo primo figlio	Costo secondo figlio
<input type="checkbox"/>	1 pomeriggio la settimana dalle 13.00 alle 16.00	€ 28 mensili IVA inclusa	€ 26 mensili IVA inclusa
<input type="checkbox"/>	1 pomeriggio la settimana dalle 13.00 alle 16.30	€ 32,50 mensili IVA inclusa	€ 30,50 mensili IVA inclusa
<input type="checkbox"/>	2 pomeriggi la settimana dalle 13.00 alle 16.00	€ 56 mensili IVA inclusa	€ 54 mensili IVA inclusa
<input type="checkbox"/>	2 pomeriggi la settimana dalle 13.00 alle 16.30	€ 65 mensili IVA inclusa	€ 63 mensili IVA inclusa

Barrare i giorni di interesse per la frequenza (in relazione ai rientri scolastici):

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ

Il servizio di pomeriggi integrativi (doposcuola) viene attivato con un minimo di **10** bambini iscritti.

Data _____

Firma del genitore _____



MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a _____
genitore di _____

USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a esclusivamente a me stesso o all'altro genitore:

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a alle persone di mia fiducia indicate di seguito:

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

Data _____ Firma del genitore _____

DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a

non presenta problematiche di salute

presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

che richiedono i seguenti accorgimenti:

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy D.Lgs 196/2003, presta il proprio consenso per il trattamento da parte dei soggetti appartenenti alla Cooperativa incaricata della gestione del servizio POMERIGGI INTEGRATIVI (DOPOSCUOLA) dei dati personali e/o sensibili la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività e per la tutela della salute e dell'incolumità del proprio figlio. Inoltre, autorizza la proiezione e la pubblicazione di foto e riprese del/della figlio/a nell'ambito delle attività riguardanti i POMERIGGI INTEGRATIVI (DOPOSCUOLA).

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data _____

Firma del genitore _____

LIBERATORIA

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori qualora mio figlio/a non osservi il regolamento che prevede l'osservanza delle norme di buon comportamento e civile convivenza, rispetto verso i compagni, il personale, i locali e le strutture, facendomi carico, in caso di danni provocati da mio figlio/a, del loro totale risarcimento.

Data _____ Firma del genitore _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota mensile dovrà essere corrisposta entro il 5 del mese:

- tramite **Bonifico bancario** a:

Cooperativa Margherita

BANCA: Banca Popolare Etica

IBAN: IT69T0501811800000011006921

Causale: Doposcuola Dueville... (indicare il nome della scuola) – mese di... (indicare il/i mese/i al/ai quale/i si riferisce il pagamento) **a favore di...** (indicare il nome del bambino)

Seguirà fattura.

Non verranno tolti dalla quota mensile i giorni di festività e i giorni di malattia.

Il servizio seguirà il calendario scolastico.

Il mancato pagamento della quota presuppone la sospensione della frequenza.

IL PRESENTE MODULO E QUALSIASI VARIAZIONE, IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE, DEVONO ESSERE INVIATI A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL serviziscolasticidueville@cooperativamargherita.org