



MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA
A.S. 2016-2017
SCUOLA PRIMARIA

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

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

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____
il _____ frequentante la scuola _____
classe _____ sez. _____ del Comune di _____ nell'anno scolastico 2016/17

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di DOPOSCUOLA per L'A.S. 2016/2017 nel plesso di:

Torri di Quartesolo Marola Lerino

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	Dalle	Alle	Costo 1° figlio	Costo 2° figlio
<input type="checkbox"/>	4 giorni la settimana	13.00	17.30	€ 98	€ 80
<input type="checkbox"/>	4 giorni la settimana	13.00	16.00	€ 78	€ 65
<input type="checkbox"/>	3 giorni la settimana	13.00	17.30	€ 78	€ 65
<input type="checkbox"/>	3 giorni la settimana	13.00	16.00	€ 65	€ 57
<input type="checkbox"/>	2 giorni la settimana	13.00	17.30	€ 65	€ 65
<input type="checkbox"/>	2 giorni la settimana	13.00	16.00	€ 36	€ 36
<input type="checkbox"/>	1 giorno la settimana	13.00	17.30	€ 36	€ 36
<input type="checkbox"/>	1 giorno la settimana	13.00	16.00	€ 22	€ 22

Frequenza nel giorno di rientro dalle 16.00 alle 17.30 (aggiunta di 8 € alla quota mensile)



Nelle giornate di **(barrare i giorni di interesse per la frequenza)**:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì

A partire dal giorno (indicare la data dalla quale si intende far partecipare al doposcuola il/la proprio/a figlio/a): _____

Data _____

Firma del genitore _____

MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a

genitore di

USCITA TERMINE 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 farmaci e/o accorgimenti:

Mi impegno a produrre il certificato medico in caso di allergie alimentari ed intolleranze alimentari.

Dichiaro, inoltre, di possedere il certificato medico di idoneità sportiva non agonistica di mio/a figlio/a, attestante la sana e robusta costituzione ai sensi del D.M. 28 febbraio 1983. Dichiaro che mio figlio/a non è affetto/a da malattie cardiovascolari o compromettenti una sana attività fisica e sollevo la Cooperativa da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

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 DOPOSCUOLA dei dati



Comune di Torri di Quartesolo



personali e/o sensibili la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività del DOPOSCUOLA 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 il 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, seguendo le seguenti modalità (barrare con una x la modalità scelta):

- tramite **Bonifico bancario** a:

Cooperativa Margherita

BANCA: Banca Popolare Etica S.c.p.a.

IBAN: IT13 S050 1811 8000 0000 0100 692

Causale: Doposcuola – mese di ...(*mese corrente*) a favore di ...(*nome bambino*)

oppure

- in contanti agli educatori.

Per entrambe le modalità di pagamento, seguirà fattura.

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

Il servizio di doposcuola seguirà il calendario scolastico.

Per il mese di settembre 2016 viene richiesto il pagamento della quota dimezzata, entro il 12 settembre.

Il mancato pagamento della quota presuppone l'immediata sospensione della frequenza.

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL doposcuolatorri@cooperativamargherita.org