



Comune di Torri di Quartesolo

MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI POSTICIPO

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
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 POSTICIPO per L'A.S. 2016/2017 nel plesso di:

Torri di Quartesolo Marola Lerino

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 POSTICIPO il/la proprio/a figlio/a): _____

Orario: dalle **13.00 alle 13.30**

dalle **13.00 alle 14.30**

Data _____

Firma del genitore _____



Comune di Torri di Quartesolo

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 POSTICIPO dei dati personali e/o sensibili la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività del POSTICIPO 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 POSTICIPO.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Data _____

Firma del genitore _____



Comune di Torri di Quartesolo

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 _____

Il servizio di posticipo seguirà il calendario scolastico.

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