



**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA A.S. 2020-2021
SCUOLA PRIMARIA ISTITUTO COMPRENSIVO DI THIENE**

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 _____ Tel. 1: _____
NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____ Tel. 2: _____
NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____ Tel. 1: _____

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il _____
CODICE FISCALE _____ frequentante la scuola primaria _____
classe _____ sez. _____ del Comune di Thiene nell'anno scolastico 2020/2021

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di DOPOSCUOLA per L'A.S. 2020/2021 nel plesso:

C. Collodi

P. Scalcerle

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
<input type="checkbox"/>	2 rientri la settimana	13.00	16.30	€ 48,96 mensili (n. iscritti tra 8-15)
<input type="checkbox"/>	3 rientri la settimana	13.00	16.30	€ 70,17 mensili (n. iscritti tra 8-15)
<input type="checkbox"/>	4 rientri la settimana	13.00	16.30	€ 97,93 mensili (n. iscritti tra 8-15)

Le rette sono comprensive di IVA al 5% a norma di legge

Barrare i giorni di interesse per la frequenza:

	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
Dal termine delle lezioni alle 16.30				

Indicare se si intende usufruire del servizio MENSA:

SÌ NO

Il servizio di doposcuola viene attivato con un minimo di **8** 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. _____;

autorizzo mio figlio ad uscire da solo (solo per i bambini di 4^a e 5^a elementare) previa richiesta alla scuola.

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:

Altre informazioni di rilievo:

Dichiaro, 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 Regolamento Europeo 679/2016, presta il proprio consenso per il trattamento da parte dei soggetti appartenenti alla Cooperativa incaricata della gestione del DOPOSCUOLA dei dati 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

IBAN: IT69T0501811800000011006921

Causale: Doposcuola... *(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)*

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. Non è prevista la restituzione di alcuna somma per assenze.

Il servizio di doposcuola 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 doposcuolathiene@cooperativamargherita.org