



**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA A.S. 2020/2021  
SCUOLA PRIMARIA ISTITUTO COMPRENSIVO DI THIENE  
(DA INVIARE A [doposcuolathiene@cooperativamargherita.org](mailto:doposcuolathiene@cooperativamargherita.org) ENTRO GIOVEDÌ 12 NOVEMBRE)**

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:

San Giovanni Bosco (Rozzampia)

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

<b>Barrare l'opzione scelta</b>	<b>Tipo di adesione</b>	<b>Giorno/i</b>	<b>Costo Mensile</b>	<b>Costo (SOLO PER IL MESE DI NOVEMBRE 2020)</b>
<input type="checkbox"/>	1 rientro la settimana (dal termine delle lezioni alle ore 16.30)	<input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> giovedì	€ 30 mensili	€ 15 mensili
<input type="checkbox"/>	2 rientri la settimana (dal termine delle lezioni alle ore 16.30)	<input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> giovedì	€ 58 mensili	€ 29 mensili

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

Indicare se si intende usufruire del servizio MENSA:

SI  NO

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<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> 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 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, secondo le seguenti modalità:

tramite **Bonifico bancario** a:

**Cooperativa Margherita**

**BANCA: Banca Popolare Etica**

**IBAN: IT69T050181180000011006921**

**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

tramite Rid

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](mailto:doposcuolathiene@cooperativamargherita.org)**