

MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA A.S. 2024-2025
CLASSI I,II E III DELLA SCUOLA PRIMARIA DI MAROSTICA

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 Marostica nell'anno scolastico 2024/2025

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di DOPOSCUOLA per L'A.S. 2024/2025,
dal termine delle lezioni alle 16.00, presso l'Oratorio Santa Maria di Marostica.

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

Tipo di adesione	Costo
<input type="checkbox"/> LUNEDì	<input type="checkbox"/> € 45 mensili

*il servizio verrà attivato con un numero minimo di 10 partecipanti

**nella quota non è compreso il costo della mensa

IL DOPOSCUOLA COMINCERÀ IL 30 SETTEMBRE E PER IL MESE DI SETTEMBRE LA RETTA SARÀ ACCORPATA A QUELLA DI OTTOBRE AL PREZZO DI €56

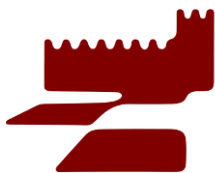
Pertanto i mesi di settembre e ottobre non sono divisibili.

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

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.

NB: SE IL BAMBINO HA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE, AL BISOGNO, DI FARMACI SALVAVITA, CONTATTARE COOPERATIVA MARGHERITA PRIMA DELL'AVVIO DEL SERVIZIO.

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

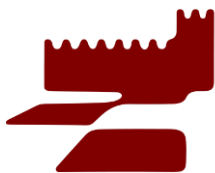
NON AUTORIZZO

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 tramite la piattaforma **welfarevicenza.it** entro il 5 del mese, seguendo le seguenti modalità:

- tramite **Bonifico bancario**

- tramite **carta di credito**

- tramite **paypal**

Al 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.

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI AL NUMERO 3516647740 O ALL'INDIRIZZO minori@cooperativamargherita.org QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE, DEVONO ESSERE INVIATI A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL minori@cooperativamargherita.org entro il 25 del mese precedente all'attuazione della modifica.

IL TERMINE ULTIMO PER LE ISCRIZIONI È VENERDÌ 20 SETTEMBRE