



“UN MARE DI EMOZIONI”
MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO MAROSTICA 2025
SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA

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

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il _____
CODICE FISCALE _____ frequentante la scuola _____ classe _____ nel Comune
di _____

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di CENTRO ESTIVO 2025

Tutte le attività si svolgeranno: - Presso la scuola primaria Giovanni Pascoli a Marsan

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

☐ **OPZIONE PART TIME** (Uscita PRIMA di pranzo)

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
<input type="checkbox"/>	1° settimana dal 09/06 al 13/06	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	2° settimana dal 16/06 al 20/06	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	3° settimana dal 23/06 al 27/06	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	4° settimana dal 30/06 al 04/07	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	5° settimana dal 07/07 al 11/07	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	6° settimana dal 14/07 al 18/07	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	7° settimana dal 21/07 al 25/07	8.00	12.30
<input type="checkbox"/>	8° settimana dal 28/07 al 01/08	8.00	12.30

☐ **OPZIONE TEMPO PIENO**

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
<input type="checkbox"/>	1° settimana dal 09/06 al 13/06	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	2° settimana dal 16/06 al 20/06	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	3° settimana dal 23/06 al 27/06	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	4° settimana dal 30/06 al 04/07	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	5° settimana dal 07/07 al 11/07	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	6° settimana dal 14/07 al 18/07	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	7° settimana dal 21/07 al 25/07	8.00	16.30
<input type="checkbox"/>	8° settimana dal 28/07 al 01/08	8.00	16.30

Necessito dell'ingresso anticipato (7.30/8.00)



- ☐ Sì
☐ No

Necessito del servizio di posticipo (16.30/18.00), riservato preferenzialmente ai genitori che lavorano entrambi a tempo pieno. (Per i genitori che non rientrano nel requisito, si chiede gentilmente di giustificare la richiesta).

- ☐ Sì
☐ No

Motivazioni _____

Quote settimanali	RESIDENTI	NON RESIDENTI
PART TIME	60,00 EURO	90,00 EURO
TEMPO PIENO	80,00 EURO	130,00 EURO
COSTO PASTO SETTIMANALE (SOLO PER TEMPO PIENO)	20,00 EURO	30,00 EURO

Per i residenti è previsto il 30% di sconto sulla quota didattica per il secondo figlio/a e oltre.

E' prevista la gratuità del servizio per i residenti in possesso di attestazione ISEE in corso di validità fino ai 9.360,00€.

Le riduzioni non sono cumulabili.

Tutte le riduzioni sono calcolate dalla piattaforma www.welfarevicenza.it nel momento in cui vi daremo indicazioni per procedere con il pagamento.

☐ **Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003**

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.

Data _____

Firma del genitore _____

Tale modulo va compilato in ogni sua parte e riconsegnato scannerizzato all'indirizzo mail centriestivi@cooperativamargherita.org **ENTRO E NON OLTRE venerdì 23 Maggio 2025**

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL centriestivi@cooperativamargherita.org entro e non oltre venerdì 23 maggio 2025.

Per informazioni centriestivi@cooperativamargherita.org 351/6647740