



**MODULO DI ISCRIZIONE "ORCHESTRA DEI PICCOLI"  
SERVIZIO DI POSTICIPO per LA SCUOLA DELL'INFANZIA "NEGRIN" DI SANDRIGO  
A.S.2025\2026**

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: \_\_\_\_\_

genitore di

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ frequentante la scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico 2024/2025

**richiede l'iscrizione**

del proprio figlio all'attività di "ORCHESTRA DEI PICCOLI", servizio di posticipo  
per L'A.S. 2025/2026, per la Scuola dell'infanzia "Negrin", con orario 15:30-18.00

Si impegna a versare la seguente retta di frequenza mensile (barrare la casella relativa al numero di rientri che si richiede e i giorni nei quali si intende usufruire del servizio):

Tipo di adesione	Giorno/i	Costi
<input type="checkbox"/> 1 pomeriggio la settimana	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 35
<input type="checkbox"/> 2 pomeriggi la settimana	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 70
<input type="checkbox"/> 3 pomeriggi la settimana	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 105
<input type="checkbox"/> 4 pomeriggi la settimana	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 140
<input type="checkbox"/> 5 pomeriggi la settimana	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 175

La quota è comprensiva della merenda ed è calcolata su base annua e non in base al numero di giorni del mese.

Sconto del 10% (secondo figlio) sulla quota più bassa

Sconto del 25% se si usufruisce del progetto ogni 15 gg

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota mensile dovrà essere corrisposta tramite la piattaforma welfarevicenza.it entro il 5 del mese.

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 posticipo 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 [orchestraeducativa@gmail.com](mailto:orchestraeducativa@gmail.com) entro e non oltre il 25 del mese precedente alla richiesta della variazione.

Per qualsiasi chiarimento contattare il numero 3240486831 dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18.

### MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_

#### USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

autorizzo l'équipe educativa 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. \_\_\_\_\_;

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 o esigenze particolari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che mio figlio/a non è affetto/a da malattie cardiovascolari o compromettenti una sana attività fisica e sollevo l'équipe educativa da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, presto il mio consenso per il trattamento da parte dei soggetti incaricati della gestione del servizio dei dati personali e/o sensibili la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività del servizio e per la tutela della salute e dell'incolumità di mio/a figlio/a. Autorizzo l'équipe educativa a comunicare con gli insegnanti di mio/a figlio/a  
Autorizzo la proiezione e la pubblicazione di foto e riprese di mio/a figlio/a nell'ambito delle attività riguardanti il servizio.

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 \_\_\_\_\_