









MODULO DI ISCRIZIONE "ORCHESTRA DEI PICCOLI" SERVIZIO DI POSTICIPO per LA SCUOLA PRIMARIA "G. G. TRISSINO" DI SANDRIGO A.S.2025\2026

II/la sottoscritto/a COGNOME				NOME			
				in Via			
cell	e-mail	e-mail					
altri riferimenti telefonici (alm	eno 2) da c	ontattare in o	caso di emergei	nza:			
NOME E COGNOME					Tel. 1:		
		PARENTELA					
			genitore o	li			
COGNOME	NOM	E	nat	:o a		il	CODICI
FISCALE	freque	ntante la scu	ola primaria				
classe sez n	nell'anno sco	olastico 2025	/2026				
			richiede l'iscri	zione			
del pro	prio figlio a	all'attività di "	ORCHESTRA	DEI PICCO	OLI", servizio di	posticipo	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-				o" con orario 16	· ·	
,	,						
Si impegna a versare la seguer	nte retta di f	freguenza me	ensile (barrare la	a casella relat	iva al numero di i	rientri che si richiede e	i giorni nei
quali si intende usufruire del serv			(00000000000000000000000000000000000000				. 6
Tipo di adesione			Giorno/i			Costi	
□1 pomeriggio la settimana	□ lunedì	□ martedì	□ mercoledì	□ giovedì	□ venerdì	€ 22.5	
□ 2 pomeriggi la settimana	□ lunedì	□ martedì	□ mercoledì	□ giovedì	□ venerdì	€ 45	
☐ 3 pomeriggi la settimana	□ lunedì	□ martedì	□ mercoledì	□ giovedì	□ venerdì	€ 68	
3 pomenggi ia settimana	lanear	□ Illai teui	□ Illercoledi	□ gioveui	□ veneral	€ 00	
☐ 4 pomeriggi la settimana	□ lunedì	□ martedì	□ mercoledì	□ giovedì	□ venerdì	€ 90	
☐ 5 pomeriggi la settimana	□ lunedì	□ martedì	□ mercoledì	□ giovedì	□ venerdì	€113	
La quota è comprensiva della i	merenda en	l à calcolata «	su hasa annua 4	non in has	e al numero di	giorni del mese	
Sconto del 10% (secondo figlio			sa base amilaa (2 11011 111 043	e ai numero ur	giorni dei mese.	
Sconto del 25% se si usufruisco		•	7				
3601160 461 2570 36 31 43411 41360	c dei progei	110 06111 13 68	5				
Data		F	irma del genit	ore			
		-					

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.



LIBERATORIA









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 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.

	ELLE AUTORIZZAZIONI					
	tto/a					
genitore di						
□ autorizzo	'ERMINE DELLE ATTIVITA' l'équipe educativa a consegna			nte a me sto	esso o all'altro genit	ore: COGNOME e NOME
	TEL		;			
□ autorizzo	la Cooperativa incaricata a cor	segnare n	nio/a figlio/a alle ne	arsona di m	ia fiducia indicate di	seguito:
	e NOME				ia iluucia iliulcate ui	seguito.
	e NOME					
	mio figlio all'uscita autonoma					
- datorizzo	ino ngno un uscita autonoma	(ddiid + C	icincinal c _j			
Data			Firma del genitore			
						
DATI PERSO	NALI E SENSIBILI					
Dichiaro ch	e mio/a figlio/a					
□ non prese	enta problematiche di salute					
□ presenta	le seguenti problematiche di sa	alute (allei	gie ed intolleranze	alimentari,	ecc.):	
c h e	r i c h i e d o n o		i	s e g u	e n ti	accorgimenti:
Altre	in formazioni	d i	rilievo			 particolari:
Aitie	111101111111111111111111111111111111111	u i	11116 0	U	esigenze	paracorari.
Dichiaro ch	e mio figlio/a non è affetto/	a da mala	ittie cardiovascolar	i o compro	mettenti una sana	attività fisica e sollevo
l'équipe ed	ucativa da qualsiasi responsabi	ilità in rela	zione ad eventuali	patologie.		
Ai sensi de	ll'Art. 13 del Regolamento Eu	ropeo 679	9/2016, presto il n	nio consens	so per il trattament	o da parte dei soggetti
incaricati d	ella gestione del servizio dei d	dati perso	nali e/o sensibili la	cui conosc	enza è necessaria p	er lo svolgimento delle
attività del	servizio e per la tutela della s	alute e de	ell'incolumità di mi	o/a figlio/a	. Autorizzo l'equipe	educativa a comunicare
con gli inse	gnanti di mio/a figlio/a					
Autorizzo la	proiezione e la pubblicazione	di foto e r	iprese di mio/a figli	io/a nell'am	bito delle attività rig	guardanti il servizio.
	ZO 🗆 NON AUTORIZ	ZZO				
Data			Firma del genitore			











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
Data	rii iia dei geiiitore