



## MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO MAROSTICA 2026

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 2026

**Tutte le attività si svolgeranno presso la scuola primaria "G. PASCOLI" a Marsan nel mese di GIUGNO**

**→DAL 29 GIUGNO ci trasferiremo presso la scuola secondaria di primo grado "NATALE DALLE LASTE" a Marostica**

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

| <b>Barrare<br/>l'opzione scelta</b> | <b>Tipo di adesione</b>            | <b>Part time</b>                 | <b>Full time</b>                 |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 1° settimana dal 08/06 al<br>12/06 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 2° settimana dal 15/06 al<br>19/06 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 3° settimana dal 22/06 al<br>26/06 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 4° settimana dal 29/06 al<br>03/07 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 5° settimana dal 06/07 al<br>10/07 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 6° settimana dal 13/07 al<br>17/07 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 7° settimana dal 20/07 al<br>24/07 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |
| <input type="checkbox"/>            | 8° settimana dal 27/07 al<br>31/07 | <input type="radio"/> 8.00-12.30 | <input type="radio"/> 8.00-16.30 |



→Necessito dell'ingresso anticipato (ORE 7.30)

- ☐ Sì  
☐ No

→Necessito del posticipo entro e non oltre le 18.00

- ☐ Sì  
☐ No

→Indicare se residente o non residente

| Quote settimanali | <input type="radio"/> Residente | <input type="radio"/> Non residente |                            |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Part time         | 65.00 €                         | 100.00 €                            | A settimana                |
| Full time         | 85.00€                          | 140.00€                             | A settimana                |
| Costo pranzo      | 26.50 €                         | 35.00 €                             | A settimana solo full time |

Per i residenti sono previste delle riduzioni (non cumulabili) in caso di:

- **SECONDO FIGLIO ISCRITTO (E OLTRE):** 30% di sconto applicabile alla quota d'iscrizione del 2° figlio, e oltre.
- **ISEE DAGLI 0,00 EURO AI 9.360,00 EURO:** gratuità del servizio

→Indicare se l'iscrizione si riferisce al primo, secondo o terzo figlio

- ☐ 1° figlio  
☐ 2° figlio  
☐ 3° figlio

**Si specifica che, al fine di agevolare la gestione delle risorse e l'organizzazione delle attività, per noi è fondamentale disporre di un prospetto chiaro sull'andamento delle iscrizioni.**

Vi chiediamo pertanto di essere precisi nella prenotazione delle settimane e di effettuare il pagamento in anticipo rispetto alla data di inizio frequenza.

Per tali motivi, nel caso in cui venga richiesta l'**AGGIUNTA DI UNA SETTIMANA** a CRE già avviato, sarà nostra facoltà accettare o meno la richiesta.

Eventuali **DISDETTE DI ISCRIZIONE** non saranno accettate a CRE avviato, ma esclusivamente entro la data di chiusura delle iscrizioni.



### 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 (maggioresni) indicate di seguito:

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

☐ autorizzo mio figlio ad uscire da solo (4° e 5° elementare)

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 \_\_\_\_\_

### 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.**

**Vi chiediamo gentilmente di comunicarci, tramite questo modulo d'iscrizione nell'apposito spazio sottostante oppure telefonicamente (con possibilità di fissare anche un appuntamento in presenza, ove necessario), eventuali patologie fisiche, bisogni speciali, disturbi dell'apprendimento, disturbi del neuro-sviluppo.**

Cooperativa Margherita opera all'insegna dell'inclusività, promuovendo la partecipazione di ogni individuo.

Proprio per questo abbiamo bisogno di essere a conoscenza di eventuali esigenze specifiche dei vostri figli, così da poter promuovere al meglio il loro benessere e favorire una piena integrazione all'interno del gruppo.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



Tale modulo va compilato in ogni sua parte e riconsegnato scansionato all'indirizzo mail [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org)

**ENTRO E NON OLTRE venerdì 15 Maggio 2026**

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org) **entro e non oltre il 15 maggio 2026.**

Per info: [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org)

Responsabile del Servizio 351/6647740 dalle 8.30 alle 18.00