



MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA A.S. 2026-2027
ISTITUTO COMPRENSIVO G. GALILEI DI ISOLA VICENTINA –
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

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 secondaria di primo grado "G. Galilei" classe _____
sez. _____ del Comune di Isola Vicentina nell'anno scolastico 2026/2027

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di DOPOSCUOLA per L'A.S. 2026/2027 nel plesso:

☐ **G. Galilei**

Si impegna a versare alla Cooperativa Margherita Soc. Coop. Sociale di Sandrigo 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 di doposcuola):

Tipo di adesione	Giorni	Costo Dalle ore 13.45 alle ore 16.00
☐ 1 pomeriggio la settimana	☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì	☐ € 40,00 mensili
☐ 2 pomeriggi la settimana	☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì	☐ € 60,00 mensili
☐ 3 pomeriggi la settimana	☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì	☐ € 82,00 mensili
☐ 4 pomeriggi la settimana	☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì	☐ € 105,00 mensili
☐ 5 pomeriggi la settimana	☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì	☐ € 125,00 mensili



Il servizio di doposcuola viene attivato con un minimo di 8 iscritti.

*** E' prevista una riduzione del 10% sulla quota totale a partire dal secondo iscritto per il medesimo nucleo familiare.**

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 autonomamente

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 entro il 5 del mese, seguendo la seguente modalità:

Attraverso la piattaforma **www.welfarevicenza.it** a cui dovrete accedere e registrarvi seguendo la procedura che vi verrà inviata via mail. Il pagamento tramite piattaforma può essere fatto con **carta di credito o paypal**.

Il mancato pagamento della quota presuppone la sospensione della frequenza.

Dal pagamento non verranno detratte assenze e festività. Si raccomanda la massima puntualità nel pagamento delle rate, che deve essere effettuato entro e non oltre il 5 di ogni mese. Se la retta non verrà pagata con regolarità, si procederà con un sollecito di pagamento ed eventualmente, previa comunicazione, con la sospensione del servizio per il figlio/a o i figli/e.

IL PRESENTE MODULO E QUALSIASI VARIAZIONE, IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE, DEVONO ESSERE INVIATI A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL doposcuolaisola@cooperativamargherita.org

IMPORTANTE TALE MODULO D'ISCRIZIONE DOVRÀ ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO ALL'INDIRIZZO MAIL doposcuolaisola@cooperativamargherita.org .

IN CASO DI DUBBI O PERPLESSITA' POTETE CONTATTARE ANCHE IL NUMERO 3516647740.