MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI DOPOSCUOLA A.S 2023/2024
CARMIGNANO DI BRENTA

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
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 _____ _____classe _____ sez. _____

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di DOPOSCUOLA per L'A.S. 2023/2024 (barrare la scuola di provenienza):

□ scuola primaria □ scuola secondaria di primo grado

Si impegna a versare alla Cooperativa Margherita Soc. Coop. Sociale di Sandrigo la seguente retta di frequenza mensile (**INDICARE CON UNA CROCETTA I GIORNI E L'OPZIONE DI VOSTRO INTERESSE**):

Tipo di adesione	**Giorni**	**Costo Uscita 16.30 PASTO COMPRESO**	**Costo *Uscita 17.30* PASTO COMPRESO**	**Costo 14.00-16.30 SENZA PASTO**	**Costo 14.00-17.30 SENZA PASTO**
□ 1 pomeriggio la settimana	□ lunedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì	□ € 55,00 mensili	□ € 58,00 mensili	□ € 39,00 mensili	□ € 42,00 mensili
□ 2 pomeriggi la settimana	□ lunedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì	□ € 95,00 mensili	□ € 105,00 mensili	□ € 63,00 mensili	□ € 73,00 mensili
□ 3 pomeriggi la settimana	□ lunedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì	□ € 135,00 mensili	□ € 150,00 mensili	□ € 87,00 mensili	□ € 102,00 mensili
□ 4 pomeriggi la settimana	□ lunedì □ mercoledì □ giovedì □ venerdì	□ € 180,00 mensili	□ € 195,00 mensili	□ € 115,00 mensili	□ € 130,00 mensili

Le rette sono comprensive di IVA al 5% a norma di legge
Il servizio di doposcuola viene attivato con un minimo di 10 bambini iscritti.

Se si usufruisce del servizio mensa, indicare qui se il bambino presenta problematiche alimentari o necessita di diete differenziate (**per le problematiche mediche legate all'alimentazione, allegare al presente modulo il certificato medico**).

_____
_____

Luogo e 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 _____

□ autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a alle persone di mia fiducia indicate di seguito:
COGNOME e NOME _____
COGNOME e NOME _____
COGNOME e NOME _____

□ autorizzo mio figlio ad uscire da solo (solo per i bambini di 4^ e 5^elementare) previa richiesta alla scuola.

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:
_____
_____
che richiedono i seguenti accorgimenti:
_____
_____

N.B. In caso di utilizzo, al bisogno, di farmaci salvavita si prega di contattare in maniera tempestiva Cooperativa Margherita al numero 3516647740, obbligatoriamente prima dell'avvio del servizio.

□ 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.

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**

Luogo e 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 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 doposcuola 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 doposcuolacarmignano@cooperativamargherita.org entro e non oltre il 25 del mese precedente alla richiesta della variazione.
Per qualsiasi chiarimento contattare il numero 3516647740 dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 17.