

PROGETTO "COMUNITA' EDUCANTE" - SCHEDA D'ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____ tel./cell. _____
email _____

genitore/tutore legale di _____
nato/a a _____ (____)
il _____
residente a _____ (____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____

frequentante l'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini primaria Simonetti la classe _____
tempo _____ (indicare modulo o tempo pieno)

ISCRIVE

il/la proprio/a figlio/a alle attività pomeridiane nei seguenti giorni e orari*:

- Tutti i giorni dal lunedì al venerdì (fino alle ore ____)
oppure dalle ore _____ alle ore _____
- Solo nei giorni di: lunedì – martedì – mercoledì – giovedì – venerdì

Dalle ore _____ alle ore _____

dichiara la sussistenza di:

Certificazione disabilità (se Si indicare il Comma) _____

Allergie

- SI (se hai barrato SI, indica la tipologia di allergia _____)
- NO

Necessità di **farmaci salvavita o indispensabili**, che richiedono la somministrazione in caso di emergenza da parte di una figura addestrata all'occorrenza, pertanto, allega certificato medico (ai sensi dell'art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 AUTORIZZO al trattamento dei dati personali presenti nella scheda d'iscrizione

Data _____

Firma _____

INOLTRE
AUTORIZZA IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A
a frequentare il suddetto progetto nella seguente modalità*:

possibilità di		
INGRESSO	USCITA	
GIORNO	ENTRATA	USCITA
LUNEDI		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		

Con le seguenti modalità:

<input type="checkbox"/>	uscita del minore in autonomia
<input type="checkbox"/>	uscita con genitore/tutore o persona delegata
<input type="checkbox"/>	Scuolabus – (DOVE PREVISTO)

PASTO

<input type="checkbox"/>	MENSA
<input type="checkbox"/>	NO MENSA
<input type="checkbox"/>	PRANZO AL SACCO

In caso di uscita con delegato indicate il nome e cognome delle persone delegate

NOME E COGNOME DELEGATO	N° DOCUMENTO

USCITE

<input type="checkbox"/>	AUTORIZZO
<input type="checkbox"/>	NON AUTORIZZO

il minore a partecipare agli spostamenti che avvengono all'interno degli orari delle attività del progetto/servizio suddetto accompagnato dagli educatori di riferimento.

(* Barrare l'opzione che interessa)

Data_____

Firma_____

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 AUTORIZZO al trattamento dei dati personali presenti nella scheda d'iscrizione

Data_____

Firma_____

Versamento quota volontaria compartecipazione famiglie

SI INFORMA CHE LA QUOTA DI 100 o 150 EURO A QUADRIMESTRE (A SECONDA DELLA FREQUENZA) POTRÀ ESSERE VERSATA A NOME DEL BAMBINO/A PARTECIPANTE AL PROGETTO IN UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

TRAMITE BONIFICO BANCARIO:

IT 03 E 03069 24904 100000046013

TRAMITE BOLLETTINO POSTALE:

N. 8579273 intestato SOCIETA' DELLA SALUTE VALDINIEVOLE – SERVIZIO TESORERIA

NELLA CAUSALE DOVRÀ ESSERE SCRITTO

***Quota volontaria progetto Comunità Educante a.s. 2025/2026 – 1 Quadrimestre - Istituto
Comprensivo Montalcini - _____ (nome del bambino/a)***