



DOPOSCUOLA

RESTO A SCUOLA



COD. N..24557/11/S

in collaborazione con

COMUNE DI VETRALLA - ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

organizza il

**DOPOSCUOLA presso: PLESSO SCUOLA PRIMARIA – CURA DI VETRALLA –
LARGO RODOLFO LUZI – Anno Scolastico 20___/20___**

MODULO DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

genitore di:

COGNOME

_____ NOME _____

Nato a:

_____ il ___ / ___ / _____

e residente a _____

in via _____ n° _____ tel.casa _____

cell. _____

e mail _____

iscritto per l'a.s. 20___/20___ alla Scuola _____

Classe _____

nome di eventuali fratelli o sorelle iscritti al Doposcuola

**CHIEDE DI ISCRIVERE IL/LA FIGLIO/A AL DOPOSCUOLA CON LA FORMULA DI
FREQUENZA N. _____**

FREQUENZA N.1	FREQUENZA N.2
CON PASTO	SENZA PASTO
5GG/SETT	5GG/SETT
3GG/SETT	3GG/SETT
13,25-16,30	14,00-16,30

ALLE SEGUENTI TARIFFE:

FASCE ISEE	5GG/SETT	3GG/SETT
N.1 – FINO A 7.500 €	€ 87,00	€ 52,00
N.1 – DA 7.501 A 11.200 €	€ 98,00	€ 59,00
N.1 – DA 11.201 A 18.000 €	€ 120,00	€ 72,00
N.1 – OLTRE 18.000 €	€ 131,00	€ 79,00

E' PREVISTO UNO "SCONTO FRATELLI"**ALLE TARIFFE INDICATE VA AGGIUNTO IL COSTO DEL PASTO (€4,50 PER PASTO COMPLETO - € 4,00 PER META' PASTO)****PER GLI ALUNNI DI VETRALLA CHE USUFRUISCONO DEL PASTO E' INCLUSO IL SERVIZIO DI TRASPORTO CON NAVETTA PER LA SOLA ANDATA.**

Data _____

Firma del genitore _____

MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a

genitore di**USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA':**

autorizzo a consegnare mio/a figlio/a esclusivamente a me stesso o all'altro genitore o dalle seguenti persone da me espressamente delegate:

1- _____

2- _____

3- _____

(allegare copia del documento di identità di ogni persona delegata)

Data _____ Firma del genitore _____



DOPOSCUOLA RESTO A SCUOLA



COD. N..24557/11/S

DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

che richiedono la somministrazione dei seguenti farmaci e/o i seguenti accorgimenti:

Mi impegno a produrre il certificato medico in caso di allergie alimentari ed intolleranze alimentari.

Ai sensi dell'art.13 del Codice della Privacy D.Lgs 196/2003, presta il proprio consenso per il trattamento da parte dei soggetti operanti per il Consorzio incaricati della gestione del servizio 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 compresa la pubblicazioni in internet.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO
(barrare una delle due scelte)

Dichiarazioni da sottoscrivere in presenza dell'incaricato alla ricezione della presente o se consegnata non di persona, da accompagnare con fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma del genitore _____

ALTRE SOTTOSCRIZIONI ED INDICAZIONI

Dichiaro di aver preso visione del regolamento di disciplina di cui al modulo informativo e di impegnarmi a farlo rispettare dal mio/a figlio/a.

Indicazioni relative al proprio figlio che è opportuno che gli educatori conoscano:

Data _____ Firma del genitore _____