

DOMANDA DI ISCRIZIONE

PER IL BAMBINO/BAMBINA _____

Cognome Nome

M F

Nato a _____ il _____

Residenza _____ Codice _____

Fiscale*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*allegare fotocopia

MODALITA' DI FREQUENZA

Pacchetto mensile

(Per i seguenti mesi _____)

- Dal lunedì al venerdì per 5 ore giornaliere
 Dal lunedì al venerdì per 4 ore giornaliere

Pacchetto Mensile a giorni

- 3 giorni (lunedì, mercoledì, venerdì).....5 ore giornaliere
 3 giorni (lunedì, mercoledì, venerdì)4 ore giornaliere
 2 giorni (martedì e giovedì)4 ore giornaliere

Le tariffe sono relative all'anno scolastico in corso, possono subire degli adeguamenti.

In caso di prescrizioni obbligatorie da parte di enti regionali o nazionali, il servizio si riserva la facoltà di effettuare un adeguamento delle tariffe previa comunicazione ai genitori.

SONDAGGIO:

Saresti interessato al pranzo: si no

Con che orario?.....

Saresti interessato ad un orario pomeridiano? Con che orario?

si no

DATI RELATIVI ALLA MADRE

Cognome e Nome _____

Nata a _____ il _____

Residenza _____

Telefono _____ Email _____

Titolo di Studio _____

Condizione Lavorativa:

- Casalinga
- Disoccupata
- Lavoratrice
Indicare mansione, ditta, orari e sede _____
- Altro _____

DATI RELATIVI AL PADRE

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

Telefono _____ E-mail _____

Titolo di Studio _____

Condizione Lavorativa:

- Disoccupato
- Lavoratore - *Indicare mansione e ditta* _____
- Altro _____

DATI RELATIVI LA FAMIGLIA

I genitori sono:

- Sposati/Conviventi
 Separati*
 Divorziati*
 Altro _____

*Si ricorda che in caso di Genitori separati o divorziati l'iscrizione deve essere firmata da entrambi

In famiglia ci sono altri figli conviventi:

- No
 Sì (indicare nome cognome e data di nascita)
_____ data di nascita _____
_____ data di nascita _____

ULTERIORI INFORMAZIONI SU PARTICOLARI SITUAZIONI DI DIFFICOLTA' DEL BAMBINO E DELLA FAMIGLIA

DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

PADRE/MADRE _____

i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo

DICHIARA

CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ai sensi e per gli effetti della Legge n. 15/68 e successive modifiche ed integrazioni

ED INOLTRE

- CONSEGNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' in corso di validità;
- SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI CAMBIO DI RESIDENZA O DI RECAPITO TELEFONICO;
- DICHIARA DI AVER LETTO E RICEVUTO COPIA DEL REGOLAMENTO E DI ACCETTARLO INTERAMENTE;

- DISPONE CHE LA FATTURA SIA INTESTATA AL PADRE () O ALLA MADRE ()

- CODICE FISCALE* INTESTATARIO FATTURA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allegare fotocopia del documento d'identità delle persone indicate anche del genitore che non firma il modulo

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN CONFORMITA' A QUANTO PRESCRITTO DAL D. LGS. 196/2003

DICHIARA

Inoltre di poter contattare tali persone in caso di necessità nel caso in cui non sia raggiungibile.

Data _____

Firma di uno dei genitori o di chi ne fa le veci

INFORMAZIONI BASE MEDICHE O ALLERGICHE

Si richiede inoltre di indicare se:

- *il proprio figlio soffre di:*
 - intolleranze
 - allergie alimentari

Se sì, indicare a quali alimenti:

- *il proprio figlio soffre di patologie particolari che richiedano l'attivazione di procedure di primo soccorso.*
 - NO
 - Sì (segue colloquio specifico.)
- *si è a conoscenza che il proprio figlio ha allergie a farmaci*
 - NO
 - Sì. Se sì, quali: _____
- *Il bambino è vaccinato?*
 - NO

SI Se si quali?

- *Pediatra di riferimento:*.....

Chioggia

Firma di uno dei genitori o di chi ne fa le veci

.....