

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**PER IL BAMBINO/BAMBINA** \_\_\_\_\_

M  F

Cognome Nome

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:  sì  no

Con che orario?.....

Saresti interessato ad un orario pomeridiano? Con che orario?

sì  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

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

Chioggia, \_\_\_\_\_

## DELEGA RITIRO BAMBINO/A

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

PADRE/MADRE \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

di autorizzare le seguenti persone (esclusivamente maggiorenni) a portare e venire a prendere il proprio figlio/a presso il Servizio offerto dalla Cooperativa Titoli Minori.

Inserire anche il genitore che non firma il presente modulo

Cognome Nome	Grado di Parentela-Legame	N. Documento	Telefono

Alligare 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 si, indicare a quali alimenti:

---

---

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



Via Amaranto 3 A, – 30015 Chioggia (Ve)  
Telefono: 393-9157206  
ilmignolino@titoliminori.com

Chioggia

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

.....