

--	--	--	--

## DOMANDA DI AMMISSIONE **"3,2,1 BACK TO SCHOOL 2020"**

I sottoscritti (Cognome e nome)

Padre COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Madre COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Del bambino/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ F  M

CODICE FISCALE DEL BAMBINO

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

Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono/cell Mamma \_\_\_\_\_ telefono/cell Papà \_\_\_\_\_

telefono Casa \_\_\_\_\_ Email (obbligatoria) \_\_\_\_\_

### CHIEDONO l'ammissione del bambino/a presso le sedi di

**Lugagnano** sede Cooperativa L'Infanzia via B. Barbarani,2 e parchi vicini; min.7 max. 15 posti

TRASFERIEMNTO A PIEDI DALLA SCUOLA

**Sona** spazi comunali, sala consiliare e spazio esterno adiacente; min. 7 max. 15 posti

TRASFERIEMNTO A PIEDI DALLA SCUOLA

**Periodo richiesto:** indicare con una [X] i turni

**Quota iscrizione € 5,00**

Es. X	Turno	Periodo	Orario	Costi
	1°	7 – 11 settembre	8.00 – 16.00 (con pranzo)	€ 75,00
	2°	14 – 18 settembre	13.00 – 16.30 (con pranzo)	€ 50,00
	3°	21 – 25 settembre	13.00 – 16.30 (con pranzo)	€ 50,00

### SI DICHIARA

[ ] di **ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI DEI SERVIZI EDUCATIVI E SCOLASTICI**

#### il bambino/a:

a scuola usufruisce dell'assistente alla persona SI [ ] NO [ ]

a scuola usufruisce dell'insegnante di sostegno SI [ ] NO [ ]

richiede che non vengano serviti i seguenti alimenti (allegare dichiarazione medica):

per i seguenti motivi: allergie [ ] intolleranza [ ] motivi religiosi [ ]

↳ **autorizza** il proprio figlio a recarsi a casa da solo al termine delle attività: SI [ ] NO [ ]  
sollevando l'organizzazione da ogni responsabilità.

Note : (indicazioni utili da segnalare) \_\_\_\_\_

---

**SI DICHIARA:**

- di aver preso visione e di aver sottoscritto il Patto di corresponsabilità gestore/famiglia
- di aver preso visione e sottoscritto l'autodichiarazione di buona salute pena l'annullamento dell'iscrizione
- di aver preso visione dell'Informativa Privacy

**ALLEGA ALLA PRESENTE i seguenti documenti debitamente compilati e sottoscritti:**

- Delega accompagnatore
- Autodichiarazione di buona salute
- Patto corresponsabilità

**La presente domanda dovrà essere inviata alla mail [cooperativa@linfanzia.it](mailto:cooperativa@linfanzia.it) entro le ore 12.00 del 03.09.2020 con la documentazione completa.**

**Tutti gli iscritti saranno contattati tramite mail per la conferma e per ulteriori dettagli organizzativi.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **Regolamento UE 2016/679** al seguente link:  
<http://www.linfanzia.it/privacy-policy/> e di porre il consenso al trattamento dei dati propri e del minore.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_