

FORMULA PRESCELTA

Seleziona i giorni per i quali intendi effettuare l'iscrizione. L'iscrizione effettiva ai diversi giorni di servizio viene confermata SOLO all'atto del pagamento. Sono possibili pagamenti anticipati per l'intero periodo con garanzia di riserva del posto.

Formula iscrizione: orari	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Fascia oraria 14.30 – 16.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fascia oraria 16.30 – 18.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.A.M.A. Fascia oraria 14.30 – 16.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.A.M.A. Fascia oraria 16.30 – 18.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
San Pietro 15.00-16.30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cristo Re 14.45-16.15	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lezioni Individuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZZAZIONI ESPLICITE

In questa sezione vi chiediamo di concederci (o meno) alcune autorizzazioni.

NOTA BENE: in assenza di alcuni consensi potremmo non essere in grado di accettare l'iscrizione.

La famiglia delega la Cooperativa all'eventuale ritiro del voucher assegnatole c/o l'Azienda Sociale del Cremonese si no

La famiglia acconsente la riproduzione di immagini contenenti il minore, ad esclusivo uso interno della Cooperativa o per la presentazione pubblica delle attività si no

La famiglia conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 si no

La famiglia autorizza il proprio figlio ad entrare ed uscire dal Servizio in autonomia, autorizzando il personale della Cooperativa a congedare il minore agli orari stabiliti. si no

La famiglia **delega** il/la signor/a
(che si identificherà con un documento in corso di validità) a ritirare il proprio figlio dal doposcuola, autorizzando il personale della Cooperativa ad affidare il minore al soggetto delegato. si no
La delega è valevole per tutto il periodo del doposcuola a.s. 2017/2018.

La famiglia dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato il regolamento del servizio doposcuola. si no

Luogo e data _____ Firma Adulto 1: _____

(compilare in stampatello)

ISCRIZIONE DOPOSCUOLA A.S. 2017/2018

Compilando il seguente modulo effettuerai l'iscrizione ai nostri servizi di doposcuola per l'A.S. 2017/2018. Dovrai provvedere alla sottoscrizione ed alla restituzione del modulo stampato prima dell'accesso al servizio.

DATI DEL BAMBINO/RAGAZZO

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

SCUOLA E CLASSE FREQUENTATA

NAZIONALITA'

CONTATTI TELEFONICI DI RIFERIMENTO

È importante indicare recapiti telefonici di reperibilità che ci consentano di contattarvi tempestivamente in caso di bisogno. È possibile indicare numeri di telefono di famigliari e amici diversi dai genitori nella casella "altro". In tal caso vi preghiamo di segnalare il nominativo e/o la parentela.

CASA

CELLULARE MAMMA

CELLULARE PAPA'

ALTRO (specificare)

ALTRO (specificare)

ALTRO (specificare)

INFORMAZIONI SULL'ISCRIZIONE

Indicare la sede di doposcuola prescelta tra quelle elencate. E' possibile una sola scelta.

SEDE DI ISCRIZIONE

"IL CERCHIO" via Brescia, 59 - CREMONA

Oratorio Cristo Re (in collaborazione con Associazione San Vincenzo de Paoli) – CREMONA

Oratorio San Pietro (in collaborazione con Associazione San Vincenzo de Paoli) – CREMONA

(compilare in stampatello)

DATI DEGLI ADULTI A CUI È AFFIDATA LA TUTELA DEL BAMBINO/RAGAZZO

Inserire i dati dei genitori o degli adulti che hanno l'affidamento legale dei minori

Il sottoscritto

ADULTO 1 (obbligatorio) *allegare carta regionale dei servizi*

Inserire i dati di un adulto affidatario convivente. All'adulto 1 saranno fatturati i costi del servizio

LEGAME DI PARENTELA CON IL
BAMBINO/RAGAZZO

mamma

papà

altro _____

NOME ADULTO 1

COGNOME ADULTO 1

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

E-MAIL PER INVIO FATTURE E
AGGIORNAMENTI (obbligatorio)

Scrivere in stampatello

@

Indirizzo di Residenza (via / P.za / Viale ...)

Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)

CAP

CITTÀ

Avendo in carico il minore i cui dati sono riportati nella pagina precedente (eventualmente) congiuntamente a:

ADULTO 2 (facoltativo)

Inserire i dati di un adulto affidatario convivente. All'adulto 1 saranno fatturati i costi del servizio

LEGAME DI PARENTELA CON IL
BAMBINO/RAGAZZO

mamma

papà

altro _____

NOME ADULTO 2

COGNOME ADULTO 2

Per provvedere all'iscrizione del minore di cui alla pagina precedente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Quanto segue con riferimento al bambino che intende iscrivere al servizio erogato da L'Umana Avventura

INFORMAZIONI IMPORTANTI SUL BAMBINO/RAGAZZO

In questa sezione è importante inserire le informazioni richieste relative ai bambini/ragazzi, per garantire la loro sicurezza ed il loro benessere durante il servizio.

Il bambino/ragazzo a scuola usufruisce dell'assistente alla persona? Se sì, indicare quante ore sì no

Il bambino/ragazzo a scuola usufruisce dell'insegnante di sostegno? Se sì, indicare quante ore sì no

Che il bambino/ragazzo è in stato di sana e robusta costituzione ed è idoneo alla partecipazione alle attività proposte sì no

Il bambino/ragazzo ha allergie/intolleranze alimentari da segnalare (glutine, lattosio...)? Se sì quali? (consegnare certificato medico)

Il bambino/ragazzo ha allergie non alimentari da segnalare (puntura insetti, animali, polvere, graminacee...)? Se sì quali?

Il bambino/ragazzo ha altre patologie o situazioni sanitarie da segnalare, utili agli educatori? Se sì quali?

Il bambino/ragazzo è seguito da qualche servizio specialistico (UONPIA, Consultorio, Servizi Sociali...)? Se sì quali?