

MODULO D' ISCRIZIONE
TEMPO INTEGRATO anno scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO DI
SCUOLA PRIMARIA DI.....

Io (nome e cognome del genitore) _____
nato/a (dati del genitore) a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n° _____
tel. N. _____ cell. 1 _____ E-MAIL _____
genitore del bambino/a (nome/cognome) _____
nato/a (dati del bambino) a _____ prov. _____ il _____

Sono interessato/a a iscrivere mio/a figlio/a al servizio di tempo integrato nei giorni di (barrare i giorni scelti):

Lunedì

Mercoledì

Venerdì

Martedì

Giovedì

INTOLLERANZE ALIMENTARI

Sì

NO

QUALI: _____

Commentato [YUN1]:

Il bambino chiede dieta speciale per motivi religiosi? Sì No

Se sì indicare quali alimenti vanno esclusi dalla dieta

.....

ALTRE ALLERGIE

NO

SI

QUALI:

Il bambino porta con sé qualche medicina indispensabile? Sì No

Se si indicare quale ed allegare certificato medico ed allegare certificato medico con istruzioni per l'uso e fornire le informazioni necessarie agli operatori il primo giorno di frequentazione del centro.

DELEGHE

Il Genitore autorizza al ritiro del minore le seguenti persone (Specificare generalità)

Il/la sig./a nato/a a il.....
residente a via..... n.....
telefono

Il/la sig./a nato/a a il.....
residente a via..... n.....
telefono

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto _____ genitore
di _____ autorizzo mio/a figlio/a ad uscire da solo/a, senza
accompagnamento del genitore.

Tale autorizzazione preventiva, solleva la Cooperativa da ogni responsabilità.

Firma _____

Informativa sulla privacy

Ai sensi del D. LGS 196/2003, i dati da me forniti con la presente potranno essere trattati esclusivamente per l'iniziativa suddetta, nonché per eventuali comunicazioni alla mia persona da parte della Società Cooperativa Fides, inerenti future attività o eventi.

Accetto

Non Accetto

Firma _____