

Scuola Primaria Paritaria "SANTA BAKHITA"

Via Cappuccini, 1 – 36071 Arzignano (VI)
Tel. 0444 670015 - Email: info@santabakhita.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE PER IL CENTRO ESTIVO 2025

Da consegnare compilata entro il **10 Maggio 2025*** presso la Segreteria della scuola o via mail allegando copia del versamento di Euro 10,00 quale quota fissa d'iscrizione da non detrarre dalle quote settimanali

*termine perentorio in quanto il centro estivo è a numero chiuso; richieste arrivate dopo tale data verranno messe in lista d'attesa.

I Sottoscritti _____ (Cognome e nome del genitore)

_____ (Cognome e nome del genitore)

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO

Per il figlio/a _____ Nato/a _____

il _____ C.F. : _____ Classe frequentata _____

Residente a _____ Via _____ Tel _____

(Barrare con una crocetta le settimane e il tipo di servizio richiesto)

PERIODO	Giugno 9 – 13	Giugno 16 – 20	Giugno 23 - 27	Giugno Luglio 30 – 4	Luglio 7 – 11	Luglio 14 – 18	Luglio 21 – 25	Luglio /Agosto 28 – 1*
Mattino								
Mattino Pranzo								
Mattino Pranzo Pomeriggio								
Mattino Pomeriggio No pranzo								

- Ultimo giorno solo fino alle ore 12.00

ORARI

MATTINO: dalle 7.45 alle 12.00 – accoglienza, attività ricreative, compiti, giochi organizzati.

PAUSA PRANZO: dalle 12.30 alle 13.30

POMERIGGIO: dalle 13.30 alle 16.00 – attività varie.

Orario d'uscita tra le 12.00 e le 12.30 e dalle 16.00 alle 16.30

QUOTE SETTIMANALI

€ 45,00: solo mattino

€ 70,00: solo mattino con pranzo

€ 115,00: mattino, pranzo e pomeriggio fino alle ore 16.00

€ 90,00: mattino e pomeriggio senza pranzo

Riduzioni: € 10,00 a settimana per un fratello o sorella frequentante il centro estivo.

Il versamento delle quote, indicando nome e cognome del bambino/a, dovrà essere effettuato con bonifico bancario sul c/c intestato a:

Cooperativa Sociale "Cultura e Valori"

Banca Popolare di Sondrio Iban:

IT62G0569611700000003650X05

Compilare anche il retro

Indirizzo mail e Recapiti Telefonici

Mail -

Mamma – cellulare lavoro.....abitazione.....

Papà - cellulare lavoro

Segnala

Particolari esigenze/allergie alimentari del proprio figlio/a, consegnando apposito certificato medico.

Note particolari:

Si chiede cortesemente, per ragioni contabili, di effettuare i pagamenti in soluzioni uniche: mese di giugno e mese di luglio. Per assenza in caso di malattia saranno rimborsate le quote solo su presentazione di certificato medico.

Eventuali variazioni relative alle settimane indicate (cancellazioni o aggiunte) dovranno essere comunicate **esclusivamente via mail o richiesta scritta** in segreteria entro il **30/05//2025** per le settimane relative al mese giugno ed entro il **20/06/2025** per le settimane relative al mese di luglio.

Per deleghe per il ritiro del bambino/a rivolgersi in segreteria per la richiesta dell'apposito modulo che ricordiamo deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato da entrambi i genitori.

LETTA L'INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/16 (GDPR) IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA DI ISCRIZIONE, PRESTANO IL CONSENSO:

(barrare sì o no)

a) Al trattamento dei dati personali particolari presenti in questa domanda di iscrizione (questo consenso è obbligatorio per l'esecuzione del servizio erogato dalla Cooperativa)	Si	No
b) All'acquisizione e all'utilizzo di Dati Multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) per la realizzazione di foto e/o album ricordo, anche di gruppo, diretti alle famiglie degli iscritti per documentare il servizio educativo offerto	Si	No
c) acquisizione, utilizzo e diffusione di dati multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) e loro diffusione attraverso cd o opere cartacee per partecipazione a mostre o pubblicazioni della Cooperativa o della Scuola;	Si	No
d) acquisizione, utilizzo e diffusione di dati multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) attraverso qualsiasi canale social gestito dalla Scuola, se presente.	Si	No

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore: _____

Firma del genitore: _____

Arzignano, _____

La nostra scuola fa parte della:

Cooperativa Sociale CULTURA E VALORI

Via Bramante, 15 - 37138 Verona

Centralino 045.81.87.911 - Fax 045.81.87.931

Email: segreteria@culturaevalori.it

Rea Verona: 252222 - Cod. Fisc. e P.IVA: 02633530239

Albo Naz. Soc. Coop. a mut. prev. A110115 del 09/03/2005