

DOMANDA di iscrizione ai CENTRI ESTIVI
- Scuola Primaria e Secondaria di 1° grado - Scuola dell'Infanzia

Da trasmettere esclusivamente alla e-mail

iscrizioni.medicina@coopidapoli.it

DATI UTENTE

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F Data Nascita _____
Comune di Nascita _____ Cittadinanza _____
Indirizzo _____
Comune di Residenza _____ CAP _____
Scuola e classe di provenienza _____

Il minore è stato

seguito da un educatore di sostegno durante l'anno 2022/2023 sì no

Il minore/il nucleo familiare è seguito dai servizi sociali sì no

Il Nucleo familiare è mono-parentale sì no

DATI DEL RICHIEDENTE/PAGANTE

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore in quanto: genitore tutore affidatario

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F Data Nascita _____
Comune di Nascita _____ Cittadinanza _____
Indirizzo _____
Comune di Residenza _____ CAP _____
Parentela _____ Telefono _____
Cellulare _____ Telefono altro genitore _____
E-mail _____ E-mail altro genitore _____

Dati relativi all'attività lavorativa denominazione dell'Azienda/Ente di Lavoro _____ e Tel. _____

Impegno lavorativo full-time (n. ____ ore settimanali) part-time (n. ____ ore settimanali)

Denominazione dell'Azienda/Ente di Lavoro dell'altro genitore _____ e Tel. _____

Impegno lavorativo full-time (n. ____ ore settimanali) part-time (n. ____ ore settimanali)

CENTRO ESTIVO L'ISOLA CHE NON C'È

PER RAGAZZI DELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO – 6/14 ANNI

SCELTA SETTIMANE GIUGNO dal 12 al 16 dal 19 al 23 dal 26 al 30
SCELTA SETTIMANE LUGLIO dal 3 al 7 dal 10 al 14 dal 17 al 21 dal 24 al 28 dal 31 al 4 agosto
SCELTA SETTIMANE AGOSTO dal 7 al 11 dal 21 al 25 dal 28 al 1 settembre

CENTRO ESTIVO GIROGIROTONDO

PER I BAMBINI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA – 3/6 ANNI

SCELTA SETTIMANE LUGLIO dal 3 al 7 dal 10 al 14 dal 17 al 21 dal 24 al 28 dal 31 al 4 agosto
SCELTA SETTIMANE AGOSTO dal 7 al 11 dal 21 al 25 dal 28 al 1 settembre

Segnalare un compagno/a, amico/a che possibilmente sia inserito nello stesso gruppo di mio figlio/a:

Cognome _____ Nome _____ Scuola frequentata _____ Classe/Sez. _____

Se il bambino frequenta la scuola Infanzia, segnalo che necessita del riposo pomeridiano Sì NO

DIETE

DIETA PER MOTIVI DI SALUTE Sì allegare documentazione NO Già consegnata all'I.C.

DIETA ETICO/RELIGIOSA NO carne di maiale e derivati Nessun tipo di carne Altro _____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

CHIEDO SOMMINISTRAZIONE INDISPENSABILE AUTORIZZATA DI FARMACI Sì allegare documentazione aggiornata NO

SITUAZIONI PARTICOLARI

INTOLLERANZE Sì NO

ALLERGIE Sì NO

SITUAZIONI DI FRAGILITA' A CUI PRESTARE ATTENZIONE Sì NO

Specificare se necessario _____

PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI DISPOSTI DAL TRIBUNALE DEI MINORI

CHIEDO APPLICAZIONE PROVVEDIMENTO RESTRITTIVO Sì allegare documentazione aggiornata NO

RICHIESTA AGEVOLAZIONI TARIFFARIE

APPLICAZIONE DI AGEVOLAZIONI TARIFFARIE Sì NO

RICHIESTA AGEVOLAZIONE GIÀ PRESENTATA AL COMUNE DI MEDICINA Sì NO

LA DOMANDA E' COMPLETATA DAI DOCUMENTI :

- 1) CF del bambino
- 2) Modulo Consenso Immagini compilato e firmato
- 3) Modulo Dichiarazione e Uscite compilato e firmato
- 4) Modulo contatti e DELEGHE debitamente compilato e firmato
- 5) _____
- 6) _____

Data _____

Firma _____

Informiamo che verrà applicata la normativa in materia di trattamento dei dati personali ai sensi D.lgs. 196/2003 e successive modifiche Regolamento UE 679/2016. Informazioni su "politica privacy ed informativa sul trattamento dati personali" della Cooperativa all'interno della sezione privacy sul sito WEB: www.coopidapoli.it

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE CHE DESIDERO SEGNALARE AGLI EDUCATORI:
