

ISCRIZIONE AL PROGETTO DI DOPOSCUOLA

“IL PONTE” (11-14 anni)

Presso Istituto Comprensivo Statale di Medicina SCUOLA
SECONDARIA DI 1^A GRADO G. SIMONI 30/09/2024 – 30/05/2025

DATI UTENTE

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

DATI GENITORE RICHIEDENTE/PAGANTE

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

Dichiara ai sensi dell'Art.46 del DPR 445/2000 consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere

DATI DELL'ALTRO GENITORE

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

- PROGETTO RICHIESTO**
- 5 GIORNI DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ ORARIO 12.55-17.00
 5 GIORNI DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ ORARIO 14.00-17.00 (NO MENSA)
- 2 GIORNI MARTEDÌ E GIOVEDÌ ORARIO 12.55-17.00
 2 GIORNI MARTEDÌ E GIOVEDÌ ORARIO 14.00-17.00 (NO MENSA)

DIETE

DIETA PER MOTIVI DI SALUTE SÌ NO Già consegnata all'I.C.S.
DIETA ETICO/RELIGIOSA NO carne di maiale e derivati Nessun tipo di carne Già consegnata all'I.C.S.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

CHIEDO e AUTORIZZO LA SOMMINISTRAZIONE INDISPENSABILE DI FARMACI SÌ NO

(Allegare modulo richiesta somministrazione e certificato)

PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI

CHIEDO APPLICAZIONE PROVVEDIMENTO RESTRITTIVO Sì allegare documentazione aggiornata NO

RICHIESTA USCITA AUTONOMA Sì NO

Al raggiungimento del nr. di iscrizioni necessario per avviare il progetto, a seguito di mail di comunicazione della Cooperativa, dovrà essere trasmessa la modulistica di seguito indicata che sarà da compilare ed inviare debitamente firmata alla email: iscrizioni.medicina@coopidapoli.it

- MODULO USCITA AUTONOMA
- MODULO CONTATTI E DELEGHE
- MODULO CONSENSO IMMAGINI
- PATTO EDUCATIVO

Da compilare in caso di bisogno

- MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO
- Altro _____

NOTE: INFORMAZIONI CHE VOGLIO TRASMETTERE AGLI EDUCATORI

Data _____

Firma _____

PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 il sottoscritto dichiara il consenso all'utilizzo dei dati, relativamente ai fini del presente procedimento

Data _____

Firma _____