



COMUNE DI VIGASIO

MODULO DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EXTRASCOLASTICI COMUNALI

SCUOLA SECONDARIA di PRIMO GRADO

Anno scolastico ____ / ____

DATI DEL MINORE

- Cognome e nome: _____
- Data e luogo di nascita: _____
- Codice fiscale: _____
- Residenza: _____
- Scuola frequentata: _____
- Classe e Sezione: _____

SERVIZI RICHIESTI

Doposcuola 14.00-17.00

DATI DEI GENITORI / TUTORI

Genitore/Tutore 1

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

Genitore/Tutore 2

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

Nucleo con entrambi i genitori lavoratori

Nucleo monoparentale con genitore lavoratore

FRATELLI/SORELLE GIÀ FREQUENTANTI

Sì No

Se sì, indicare nome e servizi:

HA FREQUENTATO I SERVIZI EXTRASCOLASTICI POMERIDIANI ED ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI

Sì No

DISABILITÀ / BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

No

Sì (allegare documentazione, se disponibile)

Eventuali segnalazioni utili:

ALLERGIE/INTOLLERANZE

No Sì

Se sì quali _____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Non necessaria

Terapia continuativa

Farmaci salva-vita

Somministrazione autonoma

(Compilare e allegare la modulistica sanitaria richiesta)

DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Disciplinare comunale dei servizi extrascolastici e di accettarne integralmente il contenuto.

Data _____

Firma del genitore/tutore _____

Autorizzazione al trattamento di dati personali

Io sottoscritto/a _____ in qualità di GENITORE/TUTORE
del minore _____
a conoscenza dell'attuale normativa che regola la privacy (D.Lgs 196/03)

AUTORIZZO il Comune di Vigasio

al trattamento dei miei dati personali per le finalità del servizio
obbligatorio

al trattamento dei dati personali relativi al minore sopraindicato per le finalità del servizio
obbligatorio

ad utilizzare il materiale cartaceo, audio-visivo e/o fotografico, relativo al minore sopraindicato, raccolto durante le attività, al solo scopo fine di promuovere e documentare le attività del servizio
facoltativo -In qualsiasi momento potrò ritirare l'utilizzare l'autorizzazione-

Delega al ritiro

DICHIARO CHE LE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DI MIO/A FIGLIO/A SONO

1) NOME _____ COGNOME _____

TELEFONO _____

allego copia documento identità del delegato

2) NOME _____ COGNOME _____

TELEFONO _____

allego copia documento identità del delegato

Autorizzazione ad uscire in autonomia

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Il minore ad allontanarsi in autonomia al termine delle attività

Autorizzazione alle uscite

Autorizzo mi_ figli_ a partecipare a tutte le uscite sul territorio del Comune di Vigasio, quali parte delle attività del servizio

Vigasio, il _____

Firma _____



COMUNE DI VIGASIO

MODULO DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EXTRASCOLASTICI COMUNALI

SCUOLA PRIMARIA

Anno scolastico ____ / ____

DATI DEL MINORE

- Cognome e nome: _____
- Data e luogo di nascita: _____
- Codice fiscale: _____
- Residenza: _____
- Scuola frequentata: _____
- Classe e Sezione: _____

SERVIZI RICHIESTI

- Ingresso anticipato (7.15-8.00)
- Tempo prolungato (16.00 – 18.00)
- Doposcuola (13.00-16.00)

DATI DEI GENITORI / TUTORI

Genitore/Tutore 1

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

Genitore/Tutore 2

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

- Nucleo con entrambi i genitori lavoratori
- Nucleo monoparentale con genitore lavoratore

FRATELLI/SORELLE GIÀ FREQUENTANTI

Sì No

Se sì, indicare nome e servizi:

HA FREQUENTATO I SERVIZI EXTRASCOLASTICI POMERIDIANI ED ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI

Sì No

DISABILITÀ / BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

No

Sì (allegare documentazione, se disponibile)

Eventuali segnalazioni utili:

ALLERGIE/INTOLLERANZE

No Sì

Se sì quali _____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Non necessaria

Terapia continuativa

Farmaci salva-vita

Somministrazione autonoma

(Compilare e allegare la modulistica sanitaria richiesta)

DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Disciplinare comunale dei servizi extrascolastici e di accettarne integralmente il contenuto.

Data _____

Firma del genitore/tutore _____

Autorizzazione al trattamento di dati personali

Io sottoscritto/a _____ in qualità di GENITORE/TUTORE
del minore _____

a conoscenza dell'attuale normativa che regola la privacy (D.Lgs 196/03)

AUTORIZZO il Comune di Vigasio

al trattamento dei miei dati personali per le finalità del servizio
obbligatorio

al trattamento dei dati personali relativi al minore sopraindicato per le finalità del servizio
obbligatorio

ad utilizzare il materiale cartaceo, audio-visivo e/o fotografico, relativo al minore sopraindicato, raccolto durante le attività, al solo scopo fine di promuovere e documentare le attività del servizio
facoltativo -In qualsiasi momento potrò ritirare l'autorizzazione-

Delega al ritiro

DICHIARO CHE LE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DI MIO/A FIGLIO/A SONO

1) NOME _____ COGNOME _____
TELEFONO _____

ALLEGO COPIA DOCUMENTO IDENTITA' DEL DELEGATO

2) NOME _____ COGNOME _____
TELEFONO _____

ALLEGO COPIA DOCUMENTO IDENTITA' DEL DELEGATO

Autorizzazione alle uscite

Autorizzo mi_ figli_ a partecipare a tutte le uscite sul territorio del Comune di Vigasio, quali parte delle attività del servizio

Vigasio, il _____

Firma _____



COMUNE DI VIGASIO

MODULO DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EXTRASCOLASTICI COMUNALI

SCUOLA INFANZIA

Anno scolastico _____ / _____

DATI DEL MINORE

- Cognome e nome: _____
- Data e luogo di nascita: _____
- Codice fiscale: _____
- Residenza: _____
- Scuola frequentata: _____
- Sezione: _____

SERVIZI RICHIESTI

- Ingresso anticipato (7.15-8.00)
 Tempo prolungato (16.00 – 18.00)

DATI DEI GENITORI / TUTORI

Genitore/Tutore 1

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

Genitore/Tutore 2

- Cognome e nome: _____
- Recapito telefonico: _____
- Email: _____
- Occupazione: _____

- Nucleo con entrambi i genitori lavoratori
 Nucleo monoparentale con genitore lavoratore

FRATELLI/SORELLE GIÀ FREQUENTANTI

Sì No

Se sì, indicare nome e servizi:

HA FREQUENTATO I SERVIZI EXTRASCOLASTICI POMERIDIANI ED ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI

Sì No

DISABILITÀ / BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

No

Sì (allegare documentazione, se disponibile)

Eventuali segnalazioni utili:

ALLERGIE/INTOLLERANZE

No Sì

Se sì quali _____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Non necessaria

Terapia continuativa

Farmaci salva-vita

Somministrazione autonoma

(Compilare e allegare la modulistica sanitaria richiesta)

DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Disciplinare comunale dei servizi extrascolastici e di accettarne integralmente il contenuto.

Data _____

Firma del genitore/tutore _____

Autorizzazione al trattamento di dati personali

Io sottoscritto/a _____ in qualità di GENITORE/TUTORE
del minore _____

a conoscenza dell'attuale normativa che regola la privacy (D.Lgs 196/03)

AUTORIZZO il Comune di Vigasio

al trattamento dei miei dati personali per le finalità del servizio

obbligatorio

al trattamento dei dati personali relativi al minore sopraindicato per le finalità del servizio

obbligatorio

ad utilizzare il materiale cartaceo, audio-visivo e/o fotografico, relativo al minore sopraindicato, raccolto durante le attività, al solo scopo fine di promuovere e documentare le attività del servizio

facoltativo

-In qualsiasi momento potrò ritirare l'utilizzare l'autorizzazione-

Delega al ritiro

DICHIARO CHE LE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DI MIO/A FIGLIO/A SONO

○ NOME _____ COGNOME _____

TELEFONO _____

ALLEGO COPIA DOCUMENTO IDENTITA' DEL DELEGATO

○ NOME _____ COGNOME _____

TELEFONO _____

ALLEGO COPIA DOCUMENTO IDENTITA' DEL DELEGATO

Autorizzazione alle uscite

Autorizzo mi_ figli_ a partecipare a tutte le uscite sul territorio del Comune di Vigasio, quali parte delle attività del servizio

Vigasio, il _____

Firma _____