MODULO DI ISCRIZIONE "ORCHESTRA DEI PICCOLI"
SERVIZIO DI POSTICIPO per LA SCUOLA PRIMARIA "G. G. TRISSINO" DI SANDRIGO
A.S.2026\2027

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ residente a _____ in Via _____

cel. _____e-mail _____

altri riferimenti telefonici (almeno 2) da contattare in caso di emergenza:

NOME E COGNOME _____PARENTELA _____ Tel. 1: _____

NOME E COGNOME _____PARENTELA _____ Tel. 2: _____

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ _____frequentante la scuola primaria_____

classe _____ sez. _____ nell'anno scolastico 2026/2027

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di "ORCHESTRA DEI PICCOLI"

servizio di posticipo

per L'A.S. 2026/2027 per la scuola primaria "G.G. Trissino"

con orario 16:10-18.00

Si impegna a versare la seguente retta di frequenza mensile (barrare la casella relativa al numero di rientri che si richiede e i giorni nei quali si intende usufruire del servizio):

Tipo di adesione	Costi
□ 1 pomeriggio la settimana	€ 22.5
□ 2 pomeriggi la settimana	€ 45
□ 3 pomeriggi la settimana	€ 68
□ 4 pomeriggi la settimana	€ 90
□ 5 pomeriggi la settimana	€113

La quota è comprensiva della merenda ed è calcolata su base annua e non in base al numero di giorni del mese.
Sconto del 10% (secondo figlio) sulla quota più bassa
Sconto del 25% se si usufruisce del progetto ogni 15 gg

Data _____ **Firma del genitore**_____

INIZIO DEL SERVIZIO

Il servizio di doposcuola inizierà lunedì 21 settembre 2026.

MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a _____
genitore di _____

USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

□ autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a esclusivamente a me stesso o all'altro genitore:

COGNOME e NOME _____ TEL._____;

□ autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a alle persone di mia fiducia indicate di seguito:

COGNOME e NOME _____ TEL._____;
COGNOME e NOME _____ TEL._____;
COGNOME e NOME _____ TEL._____;

□ autorizzo mio figlio ad uscire da solo (solo per i bambini di 4^ e 5^elementare) previa richiesta alla scuola.

Data _____ Firma del genitore_____

DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a
□ non presenta problematiche di salute
□ presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

_____
_____

che richiedono i seguenti accorgimenti:

_____

Altre informazioni di rilievo:

_____

□ Dichiaro che mio figlio/a non è affetto/a da malattie cardiovascolari o compromettenti una sana attività fisica e sollevo la Cooperativa da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

NB: SE IL BAMBINO HA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE, AL BISOGNO, DI FARMACI SALVAVITA, CONTATTARE COOPERATIVA MARGHERITA PRIMA DELL'AVVIO DEL SERVIZIO.

Vi chiediamo gentilmente di comunicarci, tramite questo modulo d'iscrizione nell'apposito spazio sottostante oppure telefonicamente (con possibilità di fissare anche un appuntamento in presenza, ove necessario), eventuali patologie fisiche, bisogni speciali, disturbi dell'apprendimento, disturbi del neuro-sviluppo.
Cooperativa Margherita opera all'insegna dell'inclusività, promuovendo la partecipazione di ogni individuo.
Proprio per questo abbiamo bisogno di essere a conoscenza di eventuali esigenze specifiche dei vostri figli, così da poter promuovere al meglio il loro benessere e favorire una piena integrazione all'interno del gruppo.

Data _____ Firma del genitore_____

LIBERATORIA

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori qualora mio figlio/a non osservi il regolamento che prevede l'osservanza delle norme di buon comportamento e civile convivenza, rispetto verso i compagni, il personale, i locali e le strutture, facendomi carico, in caso di danni provocati da mio figlio/a, del loro totale risarcimento.

DICHIARO INOLTRE DI AVER LETTO E ACCETTATO IL REGOLAMENTO DEL DOPOSCUOLA.

Data _____ Firma del genitore_____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota mensile dovrà essere corrisposta tramite la piattaforma **welfarevicenza.it** entro il 5 del mese **di riferimento,**, seguendo le seguenti modalità:

- tramite **carta di credito**
- tramite **paypal**

Al pagamento seguirà fattura.

Non verranno tolti dalla quota mensile i giorni di festività e i giorni di malattia. Non è prevista la restituzione di alcuna somma per assenze.

Il servizio di doposcuola seguirà il calendario scolastico.

Il mancato pagamento della quota presuppone la sospensione della frequenza.

Per informazioni è possibile contattare:

Tel. 351 6647740

E-mail: orchestraeducativa@gmail.com

Eventuali variazioni dei dati personali o delle scelte effettuate dovranno essere comunicate a Cooperativa Margherita all'indirizzo **orchestraeducativa@gmail.com** entro il giorno **25 del mese precedente** all'attuazione della modifica.