

## **Modulo di iscrizione Attività Integrative**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del minore sotto indicato,  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
residente all'indirizzo \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del minore sotto indicato,  
luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
residente all'indirizzo \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AI SERVIZI di **PRE-POST SCUOLA /ATTIVITA' INTEGRATIVE**

Per il/la minore:

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

scuola e classe frequentata a.s. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### **SERVIZI RICHIESTI**

#### **SCUOLA PRIMARIA**

- Pre Scuola** (da lunedì a venerdì 7.30 – 8.30)
- Post Scuola** (da lunedì a venerdì 16.30 – 17.30)
- Attività Integrative 1 giorno** indicare il giorno:
  - Lunedì 13.00-16.30
  - Venerdì 13.00-16.30
- Attività Integrative 2 giorni** (Lunedì e Venerdì 13.00 – 16.30)

**\*Si dichiara inoltre che il minore:**

- Soffre di disturbi abituali (patologie, allergie o altre problematiche). Indicare quali.....

- Prende medicinali salva vita per i quali è necessario avviare un protocollo di somministrazione. Indicare quali .....

**\*Richiede il servizio mensa?**       SI       NO

N.B: in caso di intolleranze alimentari o diete speciali rivolgersi al Settore Comunale Politiche Socio Sanitarie Educative Culturali di V.Roma 42, prima di fermarsi a pranzo, consegnando idoneo certificato medico in originale.

**Scuola Primaria - Utilizza il servizio Scuolabus alle ore 16.30?**       SI       NO

### ELENCO RECAPITI TELEFONICI IN CASO DI NECESSITA'

Oltre ai contatti **dei genitori** o tutori, inserire i contatti telefonici raggiungibili in caso di necessità

Nominativo	n.di telefono	Indirizzo mail

### DELEGA PER IL RITIRO

**Il/la sottoscritto/a DELEGA:**

Nominativo	Grado di parentela	N.° carta d'identità

A prelevare il minore al **termine** dei servizi richiesti

- Si dichiara di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente il personale del servizio educativo e la cooperativa
- Si prende atto che la responsabilità degli operatori e della cooperativa cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.

#### AUTORIZZAZIONE FOTO, RIPRESE VIDEO, DEGUSTAZIONE ALIMENTI, USCITE IN PAESE

Il sottoscritto AUTORIZZA

- Gli educatori e i laboratoristi a produrre ed utilizzare le **foto** e i **video** del minore per la documentazione delle varie attività. (Ai sensi del DLGS n.196/03 art.11,13 e 7 “tutela della privacy” e del regolamento UE 679/16 “GDPR”).
- Il minore a **manipolare ed assaggiare alimenti** che verranno utilizzati durante le attività svolte nei laboratori alimentari.  
(Indicare eventuali intolleranze .....).
- Il minore a partecipare alle **uscite in paese** organizzate.

La presente liberatoria è valida per tutto il periodo scolastico, fermo restando la possibilità di modificarla in ogni momento tramite la compilazione di altro modulo

Alla presente si allegano:

- Copia Carta di identità dei genitori o titolari della responsabilità genitoriale
- Copia codice fiscale del minore
- Si dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento interno del servizio.

Ai sensi del DLGS n.196/03 art.11,13 e 7 “tutela della privacy” e del regolamento UE 679/16 “GDPR”, AUTORIZZO il trattamento dei suddetti dati conferiti all’Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla persona per le finalità consentite dalla legge

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore o titolare della responsabilità genitoriale

.....

Firma genitore o titolare della responsabilità genitoriale

.....