ISCRIZIONE SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA

ASSOCIAZIONE IMPRONTE

PLESSO _____

Il sottoscritto_____residente in

_____via_____n._____

e-mail_____

CHIEDE DI ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO/A AL SERVIZIO DI:

□ **PRE SCUOLA** □ **ASSISTENZA MENSA**

□ **DOPO SCUOLA (5gg)** □ **DOPO SCUOLA (3gg)**

□ **VIGILANZA MENSA E PUNTO COMPITI NEI GIORNI DI ……...……**

Il figlio/a_____

nato/a_____ Il_____

C.F._____

Recapiti telefonici: casa_____ Cell. padre_____

Cell. madre_____ altri recapiti_____

Note e segnalazioni particolari:

● allergie a farmaci o cibi etc._____

● altro_____

AUTORIZZAZIONI:

- autorizza tutte le attività di gioco del proprio bambino.
- autorizza la documentazione delle attività didattiche svolte mediante fotografie e riprese filmate
- dichiara di essere a conoscenza che i dati raccolti saranno utilizzati dall'Associazione Impronte esclusivamente per le finalità del servizio e nel rispetto delle normative vigenti (L.675/96 e Dlgs).
- Dichiara di accettare integralmente i criteri organizzativi, le tariffe e le modalità di pagamento del servizio. In caso di rinuncia alla partecipazione la quota di iscrizione non verrà più rimborsata.

lì FIRMA DEL GENITORE