

**Scuola Primaria Paritaria "SANTA BAKHITA"**

Via Cappuccini, 1 – 36071 Arzignano (VI)  
Tel. 0444 670015 - Email: [info@santabakhita.it](mailto:info@santabakhita.it)

**SCHEDA DI ISCRIZIONE PER IL CENTRO ESTIVO 2024**

Da consegnare compilata entro il **30 Aprile 2024\*** presso la Segreteria dell'Istituto o via mail allegando copia del versamento di Euro 10,00 quale quota fissa d'iscrizione da non detrarre dalle quote settimanali

\*termine perentorio in quanto il centro estivo è a numero chiuso; richieste arrivate dopo tale data verranno messe in lista d'attesa.

I Sottoscritti \_\_\_\_\_ (Cognome e nome del genitore)

\_\_\_\_\_ (Cognome e nome del genitore)

**Chiedono l'iscrizione al Centro Estivo**

Per il figlio/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F : \_\_\_\_\_ Classe frequentata \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

(Barrare con una crocetta le settimane e il tipo di servizio richiesto)

PERIODO	Giugno 10 – 14	Giugno 17 – 21	Giugno 24 - 28	Luglio 1 – 5	Luglio 8 – 12	Luglio 15 – 19	Luglio 22 – 26	Luglio 29 – 31 ***
Mattino								Euro 30.00
Mattino e Pranzo								Euro 45.00
Mattino Pranzo Pomeriggio								
Mattino Pomeriggio No pranzo								

**• ORARI**

**MATTINO:** dalle 7.30 alle 12.00 – accoglienza, attività ricreative, compiti, giochi organizzati.

**PAUSA PRANZO:** dalle 12.30 alle 13.30

**POMERIGGIO:** dalle 13.30 alle 16.00 – attività varie

Orario d'uscita tra le 12.00 e le 12.30 e dalle 16.00 alle 16.30

**• QUOTE SETTIMANALI**

€ 45,00: solo mattino

€ 70,00: solo mattino con pranzo

€ 115,00: mattino, pranzo e pomeriggio fino alle ore 16.00

€ 90,00: mattino e pomeriggio senza pranzo

Riduzioni: € 10.00 a settimana per fratello o sorella frequentante il centro estivo.

Il versamento delle quote, indicando nome e cognome del bambino/a, dovrà essere effettuato con bonifico bancario sul c/c intestato a:

Cooperativa Sociale "Cultura e Valori"

Banca Popolare di Sondrio Iban:

IT62G0569611700000003650X05

Compilare anche il retro

**Indirizzo mail e Recapiti Telefonici**

Mail - .....

Mamma – cellulare ..... lavoro.....abitazione.....

Papà - cellulare ..... lavoro .....

**Segnala**

Particolari esigenze/allergie alimentari del proprio figlio/a, consegnando apposito certificato medico.

**Note particolari:**

Si chiede cortesemente, per ragioni contabili, di effettuare i pagamenti in soluzioni uniche: mese di giugno e mese di luglio. Per assenza in caso di malattia saranno rimborsate le quote solo su presentazione di certificato medico.

Eventuali variazioni relative alle settimane indicate (cancellazioni o aggiunte) dovranno essere comunicate **esclusivamente via mail o richiesta scritta** in segreteria entro il **15/05/2024** per le settimane relative al mese giugno ed entro il **15/06/2024** per le settimane relative al mese di luglio.

Per deleghe per il ritiro del bambino/a rivolgersi in segreteria per la richiesta dell'apposito modulo che ricordiamo deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato da entrambi i genitori.

**LETTA L'INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/16 (GDPR) IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA DI ISCRIZIONE, PRESTANO IL CONSENSO:**

(barrare sì o no)

a) Al trattamento dei dati personali particolari presenti in questa domanda di iscrizione (questo consenso è obbligatorio per l'esecuzione del servizio erogato dalla Cooperativa)	Si	No
b) All'acquisizione e all'utilizzo di Dati Multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) per la realizzazione di foto e/o album ricordo, anche di gruppo, diretti alle famiglie degli iscritti per documentare il servizio educativo offerto	Si	No
c) acquisizione, utilizzo e diffusione di dati multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) e loro diffusione attraverso cd o opere cartacee per partecipazione a mostre o pubblicazioni della Cooperativa o della Scuola;	Si	No
d) acquisizione, utilizzo e diffusione di dati multimediali (materiale fotografico e/o audiovisivo) attraverso qualsiasi canale social gestito dalla Scuola, se presente.	Si	No

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore: \_\_\_\_\_

Firma del genitore: \_\_\_\_\_

**Arzignano,** \_\_\_\_\_

La nostra scuola fa parte della:

**Cooperativa Sociale CULTURA E VALORI**

Via Bramante, 15 - 37138 Verona

Centralino 045.81.87.911 - Fax 045.81.87.931

Email: [segreteria.cev@grup pocercate.it](mailto:segreteria.cev@grup pocercate.it)

Rea Verona: 252222 - Cod. Fisc. e P.IVA: 02633530239

Albo Naz. Soc. Coop. a mut. prev. A110115 del 09/03/2005