**“UN MARE DI EMOZIONI”**

**MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO MAROSTICA 2025**

**SCUOLA DELL’INFANZIA**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**genitore di**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe (piccoli, medi, grandi) \_\_\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**richiede l'iscrizione**

del proprio figlio all’attività di CENTRO ESTIVO 2025

**Tutte le attività si svolgeranno presso la scuola dell’Infanzia “Madre Teresa di Calcutta” in via G. Cecchin 72**

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

□ OPZIONE **PART TIME** (Uscita PRIMA di pranzo)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Barrare l’opzione scelta** | **Tipo di adesione** | **Dalle** | **Alle** |
| □ | 1° settimana dal 30/06 al 04/07 | 8.00 | 12.30 |
| □ | 2° settimana dal 07/07 al 11/07 | 8.00 | 12.30 |
| □ | 3° settimana dal 14/07 al 18/07 | 8.00 | 12.30 |
| □ | 4° settimana dal 21/07 al 25/07 | 8.00 | 12.30 |
| □ | 5° settimana dal 28/07 al 01/08 | 8.00 | 12.30 |

□ OPZIONE **TEMPO PIENO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Barrare l’opzione scelta** | **Tipo di adesione** | **Dalle** | **Alle** |
| □ | 1° settimana dal 30/06 al 04/07 | 8.00 | 16.30 |
| □ | 2° settimana dal 07/07 al 11/07 | 8.00 | 16.30 |
| □ | 3° settimana dal 14/07 al 18/07 | 8.00 | 16.30 |
| □ | 4° settimana dal 21/07 al 25/07 | 8.00 | 16.30 |
| □ | 5° settimana dal 28/07 al 01/08 | 8.00 | 16.30 |

Necessito dell’ingresso anticipato (7.30/8.00)

□ Sì

□ No

Necessito del servizio di posticipo (16.30/18.00), riservato preferenzialmente ai genitori che lavorano entrambi a tempo pieno. (Per i genitori che non rientrano nel requisito, si chiede gentilmente di giustificare la richiesta).

□ Sì

□ No

**Motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quote settimanali** | RESIDENTI | NON RESIDENTI |
| PART TIME | 70,00 EURO | 90,00 EURO |
| TEMPO PIENO | 90,00 EURO | 130,00 EURO |
| COSTO PASTO SETTIMANALE (SOLO PER IL TEMPO PIENO) | 20,00 EURO | 30,00 EURO |

Per i residenti è previsto il 30% di sconto sulla quota didattica per il secondo figlio/a e oltre.

E’ prevista la gratuità del servizio per i residenti in possesso di attestazione ISEE in corso di validità fino ai 9.360,00€.

Le riduzioni non sono cumulabili.

Tutte le riduzioni sono calcolate dalla piattaforma [www.welfarevicenza.it](http://www.welfarevicenza.it) nel momento in cui vi daremo indicazioni per procedere con il pagamento.

**□ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003**

**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.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tale modulo va compilato in ogni sua parte e riconsegnato scannerizzato all’indirizzo mail [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org) **ENTRO E NON OLTRE venerdì 23 Maggio 2025**

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL’INDIRIZZO MAIL [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org) entro e non oltre il 23 maggio 2025.

Per informazioni [centriestivi@cooperativamargherita.org](mailto:centriestivi@cooperativamargherita.org) 351/6647740