

APERTURA STRAORDINARIA CENTRO EDUCATIVO DELLE MERAVIGLIE

Vacanze di Pasqua 2013/2014

Il Centro Educativo effettuerà un'apertura straordinaria con **orario 7.30 - 12.30** nei giorni di :

Giovedì 17 Aprile

Venerdì 18 Aprile

Martedì 22 Aprile

È possibile, in via eccezionale anche per i non iscritti al Centro Educativo, partecipare a queste giornate di apertura.

Il **costo** per l'iscrizione di ogni singolo bambino, a prescindere che usufruisca del servizio uno o tutti i giorni, è di complessivi **€ 65,00**.

In queste giornate saranno proposte attività di svolgimento compiti e di gioco/animazione. Nella mattinata è prevista la pausa merenda che i bambini porteranno da casa.

L'ISCRIZIONE va formalizzata, **entro e non oltre il prossimo Mercoledì 9 Aprile 2014**, seguendo le indicazioni sotto riportate:

- 1) effettuare un **bonifico** (*non si possono effettuare pagamenti in contanti*) sul conto corrente con codice IBAN: IT 95 F 02008 11717 000005353154 (Unicredit Banca, agenzia di Corso Milano, Verona) della Cooperativa Sociale CERCATE (ente gestore del servizio) ed indicando come *causale* "Iscrizione apertura straordinaria Centro Educativo Mozzecane *cognome e nome bambino 2013/2014*";
- 2) spedire **modulo di iscrizione** (compilato e firmato) e **copia del bonifico** via mail all'indirizzo educatori.mozzecane@gruppocercate.it oppure consegnare tutta la documentazione a mano direttamente al coordinatore del servizio, dott. Massimo Merlini, presente presso la Scuola Primaria di Mozzecane dalle 12.30 alle 17.00.

Il/La sottoscritto/a _____ padre madre tutore
(Codice Fiscale _____) in relazione alla domanda di **iscrizione alle giornate di apertura mattutina straordinaria** del “*Centro Educativo delle Meraviglie*” del/della proprio/a figlio/a, consapevole delle sanzioni previste dall’artt. 46-47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità, e dopo aver preso visione del modulo “*Regolamento Centro educativo delle Meraviglie 2013/2014*”, con la presente richiede la possibilità di frequentare il servizio nei **giorni** di (segnare con una o più x):

Giovedì 17 Aprile

Venerdì 18 Aprile

Martedì 22 Aprile

DICHIARA INOLTRE

DATI ANAGRAFICI del/la BAMBINO/A (per il quale si chiede l’iscrizione)

Cognome e nome _____ M F

Codice Fiscale _____ CLASSE frequentata _____

nato/a _____ Prov. _____ Stato _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ in via _____ n. _____

cellulare padre _____ e-mail _____

cellulare madre _____ e-mail _____

altri recapiti telefonici utili _____

GENITORI NON CONVIVENTI (ma titolari di potestà genitoriale)

Cognome e nome _____ parentela _____

Codice Fiscale _____ cittadinanza _____

nato/a _____ Prov. _____ Stato _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ in via _____ n. _____

cellulare _____ e-mail _____

GESTIONE USCITE

che nessuna persona diversa dai genitori è autorizzata a prelevare il/la bambino/a al termine dell’attività del Centro Educativo (ore 12.30);

che il/la bambino/a è autorizzato ad uscire autonomamente al termine dell’attività del Centro Educativo (ore 12.30) esonero gli educatori da qualsiasi responsabilità;

che sono autorizzate a prelevare il/la bambino/a al termine dell’attività del Centro Educativo (ore 12.30) solamente le seguenti persone tutte maggiorenni:

Nome e Cognome parentela tel.

Nome e Cognome parentela tel.

DATI INTEGRATIVI

che il/la bambino/a soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità in corso di validità di chi firma il presente modulo,
- Ricevuta di pagamento dell'iscrizione,
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze,
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (con certificato medico),
- Altro: _____.

Data _____

Firma

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (Privacy), ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, ritirandone copia presso gli Uffici del Settore Servizi alla Persona o scaricandolo dal sito internet <http://serviziallapersona.comunemozzecane.it>.

Autorizzo Non Autorizzo la Cooperativa a trasmettere i miei dati al Comune di Mozzecane che patrocina l'iniziativa, affinché vengano inseriti nel servizio gratuito comunale d'informazione "*Tienimi informato*" per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative. Per ogni informazione relativa alla tutela della Privacy, è possibile rivolgersi agli uffici del settore Servizi alla Persona.

Data _____

Firma
