



COMUNE di VIGNATE



MODULO ISCRIZIONE SCUOLA VACANZA PASQUA 2018

COMUNE DI VIGNATE

Io sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale: Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ Prov. _____ il _____ Residente in via _____
_____ n. _____ Città _____ Pv _____ CAP _____ Telefono
casa _____
Telefono lavoro (interno) _____ Telefono cell. _____ E-mail

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iscrivo mio/a figlio/a al progetto "Scuola Vacanza Pasqua" del Comune di Vignate

Nome _____	Cognome _____
Nato a _____	il _____ Classe _____

Classe frequentata nell'anno scolastico 2017/18 _____ sez. _____

infanzia primaria secondaria I grado

I costi di iscrizione sono:

<p>Tariffa periodo dal 26 al 30 marzo 2018: 162,29euro</p>

Note:

- 1) Non sono previste tariffe ridotte
- 2) Il servizio verrà attivato solo al raggiungimento di un minimo di 20 iscritti per primaria e secondaria, 15 iscritti per l'infanzia
- 3) La partecipazione al pre ed al post non prevede costi aggiuntivi

NECESSITO INOLTRE DEL SERVIZIO DI:

PRE CENTRO (dalle ore 7.30 alle 8.30) POST CENTRO (dalle ore 16.30 alle 18.00)

○ _____ VERSO OGGI LA QUOTA DI € 162,29.

PER ISCRIVERSI

1. Le domande di iscrizione potranno essere effettuate **on-line, a partire dal 5 fino al 18 febbraio**, accedendo al sito: www.ilmelogranonet.it e inviando via mail il modulo di iscrizione all'indirizzo iscrizioni@ilmelogranonet.it

Occorre trasmettere contestualmente copia di avvenuto pagamento.

2. Per effettuare il pagamento: versamento sul C/C postale n. 63900872 oppure bonifico bancario appoggiato su BPM-Ag.33, intestato a Il Melograno, IBAN IT 37 F 05584 01633 000000024245 causale: Scuola Vacanza Vignate 2016-2017 – nome e cognome del minore e periodo di interesse.

In caso di assenza del cedolino di avvenuto pagamento, l'iscrizione non sarà considerata valida.

3. I genitori che intendano iscrivere minori disabili, sono pregati di contattare i Servizi Sociali del Comune di Vignate

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

Dott.ssa Stefania Cannalire

telefono: 02-70630724

Il sottoscritto genitore, o esercente la potestà genitoriale, del minore iscritto si impegna a ritirare il minore nell'orario stabilito, a compilare l'allegato modulo di delega. Sotto la propria responsabilità, ai sensi del Dpr 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara inoltre:**

1) che il minore sopra indicato è in possesso di tessera sanitaria n° _____

2) che il minore sopra indicato è soggetto alle seguenti allergie (allegare certificazione medica):

che il minore sopra indicato deve seguire una dieta speciale (segnalare la dieta da seguire, specificando eventuali intolleranze allergie): _____

Per intolleranze e allergie allegare certificato medico; per diete speciali legate a motivi religiosi o a scelte di carattere etico (per esempio dieta vegetariana) allegare autodichiarazione. La mancata segnalazione comporterà automaticamente il ricorso alla dieta normale; in caso di mancata o lacunosa compilazione del presente paragrafo verrà somministrata la dieta normale e l'organizzazione sarà sollevata da ogni responsabilità.

Data:

Firma leggibile per esteso
