



DOMANDA DI ISCRIZIONE AI COMPITI DI NATALE PRESSO SCUOLA PRIMARIA

A.FRANK.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ n° _____ cap _____ provincia _____

Telefono fisso _____ cellulare _____ e-mail _____

genitore di _____

nato/a a _____ il _____

scuola frequentata _____ classe/sezione _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE DI MIO/A FIGLIO/A AI COMPITI DI NATALE 2019 GESTITI DALL'ASSOCIAZIONE "SENZA IL BANCO".

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

COSTI

- **FULL TIME con pasto (07.30-17.30) 25 euro al giorno**
- **PART TIME con pasto (7:30-14:30) 20 euro al giorno**
- **PART TIME SENZA PASTO (7.30 – 12.30) 15 euro al giorno**

Il servizio si attiverà con un minimo di 20 bambini iscritti per ogni giornata.

Il pagamento potrà essere effettuato, solo dopo effettiva conferma da parte dell'Associazione, tramite bonifico su c/c bancario intestato a:

Associazione Senza il Banco, **IBAN: IT 32 B 03127 02400 000000003888** o recandosi presso i locali del post scuola della primaria A. Frank.

GIORNI DI ISCRIZIONE:

DICEMBRE	
<input type="checkbox"/> 23 DICEMBRE <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto	<input type="checkbox"/> 27 DICEMBRE <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto
<input type="checkbox"/> 30 DICEMBRE <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto	<input type="checkbox"/> 31 DICEMBRE <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto
GENNAIO	
<input type="checkbox"/> 2 GENNAIO <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto	<input type="checkbox"/> 3 GENNAIO <input type="checkbox"/> full-time <input type="checkbox"/> part-time con pasto <input type="checkbox"/> part-time senza pasto

Pagamento eseguito in data _____ di Euro _____ per n° giorni _____

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

SITUAZIONI DA SEGNALARE [ALLERGIE/ASSUNZIONE MEDICINALI/DIETE/ALUNNI CERTIFICATI/CASI SOCIALI]

Io sottoscritto/a _____ vi informo che il minore _____

- Risulta allergico/a ai seguenti alimenti _____
- Segue una dieta per motivi religiosi _____
- Segue una dieta medica (certificata dal medico scolastico) _____
- Deve obbligatoriamente assumere i seguenti medicinali* (con certificazione del medico scolastico) _____

*Autorizzo Associazione *Senza il Banco* a somministrare i farmaci indicati nelle modalità sopra descritte e la assolvo da ogni responsabilità.

[indicare certificazioni, casi sociali o altro] _____

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

LIBERATORIA ALL'USO DI IMMAGINI

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore di _____

autorizzo autorizzo senza ripresa del volto non autorizzo

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (legge sul diritto d'autore), Associazione SENZA IL BANCO alle riprese video e/o fotografiche dell'immagine e dell'intervento del minore, nonché agli utilizzi delle stesse, o parte di esse, per la realizzazione di DOCUMENTAZIONI VIDEO O FOTOGRAFICHE e loro futuri modifiche o estratti, nonché a scopo promozionale e divulgativo di Associazione SENZA IL BANCO, sui supporti e nei canali di pubblicazione, distribuzione e messa in onda che saranno ritenuti da Associazione SENZA IL BANCO più idonei alla presentazione delle documentazioni. Ne vietiamo altresì l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale e il decoro del minore, in nessun caso potendoCi rivalere su Associazione SENZA IL BANCO, o altre realtà/professionisti incaricati ad effettuare le riprese video/fotografiche, per il risarcimento di danni morali e materiali causati da soggetti terzi o derivati da utilizzi non previsti nella presente Liberatoria.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore di _____
autorizzo il minore a uscire dalla sede scolastica accompagnato dagli educatori, per svolgere le attività programmate.

Autorizzo inoltre le seguenti persone a ritirare il minore al termine del servizio (**indicare nome, cognome e parentela**)

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI

Autorizzo il trattamento dei miei dati e di quelli del minore,

Con presa visione e consenso dell'Informativa, [Disponibile sul sito di Senza il Banco](http://www.senzailbanco.it/wp-content/uploads/2019/07/trattamento-dati-servizi-extrascolastici-Senza-il-Banco.docx.pdf) (<http://www.senzailbanco.it/wp-content/uploads/2019/07/trattamento-dati-servizi-extrascolastici-Senza-il-Banco.docx.pdf>), ai sensi del **D.Lgs. 101/2018 - Regolamento UE 2016/679** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)