



COMUNE DI ROTTOFRENO

Provincia di Piacenza
Settore Servizi alla Persona
-Ufficio Scuola -

Tel. 0523 780330/24 Fax 0523 782033

e-mail: scuola@comune.rottofreno.pc.it



MODULO ISCRIZIONE SERVIZI EXTRASCOLASTICI -SCUOLA PRIMARIA DI SAN NICOLÒ' -A.S. 2019/2020-

DATI DELLA MADRE

Nome e Cognome _____

Residente in Via _____ n° _____ Comune _____

Tel. _____ e-mail _____

C.Fisc. _____

DATI DEL PADRE

Nome e Cognome _____

Residente in Via _____ n° _____ Comune _____

Tel. _____ e-mail _____

C.Fisc. _____

°Sono interessato ad iscrivere mio/a figlio/a al servizio di pre-scuola nei periodi (**barrare con una X ciò che interessa**)

settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
-----------	---------	----------	----------	---------	----------	-------	--------	--------	--------

DATI DEL BAMBINO/A

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____

Classe frequentata _____

C.Fisc. _____

Al momento dell'iscrizione dovrà essere inviato /consegnato il modulo d'iscrizione compilato in tutte le sue parti

***LE ISCRIZIONI AI SERVIZI COMUNALI SONO APERTE DAL 2/5/2019 AL 31/5/2019.**

IL COSTO MENSILE a bambino per il servizio di pre-scuola (7,30-8,30) è pari a 20,00 euro

LE ISCRIZIONI SI EFFETTUANO PRESSO L'UFFICIO SCUOLA

Piazza Marconi,2- Rottofreno- 3° piano

Per ulteriori informazioni chiamare il numero : 0523 780330, e-mail: scuola@comune.rottofreno.pc.it



Settore Servizi alla Persona
Piazza Marconi n° 2 – 29010 Rottofreno (PC)
Tel. 0523 780330/24 – Fax 0523 782033
e-mail : scuola@comune.rottofreno.pc.it;
home page: www.comune.rottofreno.pc.it

DOVERE DI INFORMATIVA , DOCUMENTAZIONE, AUTORIZZAZIONI

L'Amministrazione Comunale si riserva di sospendere dal servizio gli alunni non in regola con i versamenti delle quote stabilite previo avviso scritto di sollecito o qualora ci siano comportamenti incivili ed irrispettosi verso il personale o altri compagni verificandone prima le dinamiche con i genitori e le insegnanti. Le educatrici NON possono somministrare medicinali di qualsiasi natura, salvo documentazione medica.

FIRMA GENITORE _____ in data _____

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA E RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

1. che il/la proprio/a figlio/a _____ non ha particolari problemi di salute;

o si o no (barrare con una crocetta)

2. che il/la proprio/a figlio/a soffre di allergie.

o si o no (barrare con una crocetta)

se sì, indicare quali _____ ed esibire certificato medico;

3. che il/la proprio/a figlio/a soffre di intolleranze alimentari;

o si o no (barrare con una crocetta)

se sì, indicare quali _____ ed esibire certificato medico;

4. che il/la proprio/a figlio/a è certificato dalla Struttura Pubblica ai sensi della Legge 104/1992 e necessita di assistenza individuale fornita dal Comune.

o si o no (barrare con una crocetta)

Il/La sottoscritto/a _____

ESONERA

La cooperativa _____ da ogni responsabilità per lo smarrimento di oggetti o indumenti (si consiglia pertanto di non portare oggetti di valore o di facile perdita e, ove possibile, di indicare il nome sopra di essi).

Per presa visione

IL GENITORE _____



Settore Servizi alla Persona
Piazza Marconi n° 2 – 29010 Rottofreno (PC)
Tel. 0523 780330/24 – Fax 0523 782033
e-mail : scuola@comune.rottofreno.pc.it;
home page: www.comune.rottofreno.pc.it