



Servizi per
l'infanzia
TOMMASO
ANDRIGHETTO ETS

Via delle Fontane 18, Sandrigo (VI)
PI 01887870242
CF 80002350249
ilsognoditommy@gmail.com
(segreteria)
www.centroestivoancignano.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE - ESTATE 2024

DATI DEL GENITORE

Il sottoscritto:

NOME:		COGNOME:	
DATA DI NASCITA:	/	/	LUOGO DI NASCITA:
CODICE FISCALE:			
INDIRIZZO:	N.	COMUNE:	CAP:
E-MAIL:			

- DICHIARA** di essere già socio dell'Ass. T. Andrighetto per l'anno 2024 (genitore di bambini iscritti al nido "Il Sogno di Tommy" o Scuola dell'infanzia T. Andrighetto).
- CHIEDE** di essere ammesso in qualità di socio dell'associazione SERVIZI PER L'INFANZIA TOMMASO ANDRIGHETTO (se non già socio) e si impegna a rispettare lo statuto.

A tal fine, con la firma della presente, versa la quota associativa per l'anno in corso di **€ 5,00 (Socio Ordinario)**. Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità.

Unitamente alla quota associativa (se non già socio), il sottoscritto versa la quota assicurativa di 10€ per ciascun figlio iscritto e un acconto di 20€ per ogni settimana prenotata.

Si impegna inoltre a versare il saldo della retta settimanale **tramite bonifico bancario inviando l'attestazione di pagamento a info@centroestivoancignano.it entro il lunedì mattina di ciascuna settimana indicando nella causale cognome, nome del figlio frequentante e la/e settimana/e a cui si riferisce il pagamento** (è possibile anche effettuare una sola operazione per pagare per più settimane), oppure, su richiesta, in contanti il lunedì mattina.

Coordinate bancarie: IT23R0200860710000103728531

Intestato a "Servizi per l'infanzia Tommaso Andrighetto"
Causale: **Nome e cognome dei figli iscritti N° SETTIMANA/E**

È consapevole che in caso di assenze, salvo per motivi di salute certificati dal medico, quanto versato anche a titolo di acconto NON POTRÀ ESSERE RESTITUITO.

DICHIARA

DATI DEL BAMBINO

NOME:		COGNOME:	
DATA DI NASCITA:	/ /	LUOGO DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:		CITTADINANZA:	
INDIRIZZO:	N.	COMUNE:	CAP:
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2023/2024:			

NUMERI DI TELEFONO UTILI

Nome (specificare anche grado di parentela)	Cellulare	Tel. Fisso/Lavoro

Firma _____

Desidero che mio figlio faccia il riposino pomeridiano (SOLO PER BAMBINI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA)

SÌ NO

NOTE DI CARATTERE SANITARIO

- Il bambino/a soffre di allergie o intolleranze? _____ Se sì, di che tipo e gravità? (alimentari, da inalazione, da contatto...) _____

N.B. In caso di esigenza di menù speciale è necessario allegare copia del certificato medico.

- Il bambino/a soffre di altre eventuali patologie? Quali? _____
- Avvertenze/precauzioni particolari? (specificare) _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Gli esercenti della potestà genitoriale soprascritti, lette le informative disponibili sul sito www.centroestivoancignano.it, dichiarano di essere stati informati, ai sensi dell' art. 13 del Dlgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), che il trattamento da parte dell'associazione "Servizi per l'Infanzia Tommaso Andrighetto" dei dati personali, comuni e sensibili, acquisiti per ragioni connesse al servizio, è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione del servizio stesso. Pertanto, a norma dell'art. 23 e dell'art 26, ne autorizzano espressamente il trattamento per mezzo delle legittime operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione, con o

senza l'ausilio di strumenti elettronici e/o comunque autorizzati, senza facoltà di diffusione. Il trattamento sarà svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento stesso.

Firma _____

AUTORIZZAZIONE ALLA RIPRESA DI IMMAGINI E/O VIDEO

Il sottoscritto _____ genitore di _____, rilascia all'Associazione Servizi per l'Infanzia "Tommaso Andrighetto" il proprio consenso:

- alla ripresa di immagini, video e fotografie sulle attività che il proprio figlio svolgerà durante il Centro Estivo, finalizzate unicamente all'attività svolta dall'associazione a titolo didattico, educativo o di documentazione interna al Centro Estivo; SÌ NO
- al trattamento di materiale fotografico ed audiovisivo realizzato durante lo svolgimento delle attività ai fini di riproduzione/condivisione destinato esclusivamente all'utenza del Centro Estivo (video finale con le foto). SÌ NO

Il sottoscritto si impegna inoltre all'utilizzo di immagini e video per l'esclusivo uso familiare e a non diffonderli a terzi.

N.B. Si informano i genitori che non verranno pubblicate sui social foto o video ritraenti i visi dei bambini.

Firma _____

PERMESSI DI USCITA IN AUTONOMIA O CON PERSONE DELEGATE

- IL GENITORE AUTORIZZA IL PROPRIO FIGLIO A LASCIARE IL CENTRO ESTIVO DA SOLO, IN BICICLETTA O A PIEDI.
- DELEGA LE PERSONE SOTTOSTANTI AD ACCOMPAGNARE/PRENDERE IN CONSEGNA IL BAMBINO DAL CENTRO ESTIVO.

NOME	COGNOME	RAPPORTO CON IL MINORE (nonno, zio,...)

Firma _____