

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PROGETTO COLLAGE a.s. 2014/2015**

↳ N.b. Questo modulo va compilato per ogni figlio/a iscritto/a

**1) Dati del genitore:** (indicare il nominativo eventualmente indicato in precedenti iscrizioni)

Ai fini della fatturazione si prega di compilare tutti i dati

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice fiscale (ai fini della fatturazione) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici Casa \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Chiede l'iscrizione del proprio figlio al Progetto Collage**

**2) Dati del bambino/a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**FREQUENTA** la Scuola primaria di **LUGAGNANO**

SEDE..... classe..... sezione.....

Ha partecipato gli anni precedenti SI [ ] NO [ ]

**3) Pomeriggi di frequenza richiesti:** indicare con una X i giorni richiesti

N.B. si ricorda che per motivi organizzativi non verranno accettati i bambini non regolarmente iscritti

|  | <b>classi 1° - 2°</b> |
|--|-----------------------|
|  | <b>Lunedì</b>         |
|  | <b>Mercoledì</b>      |
|  | <b>Venerdì</b>        |

|  | <b>classi 3° - 4° - 5°</b> |
|--|----------------------------|
|  | <b>Martedì</b>             |
|  | <b>Giovedì</b>             |
|  | <b>Venerdì</b>             |

**4) Orario di uscita richiesto:** indicare con una X l'orario

|  |  |
|--|--|
|  | Dopo pranzo ore 14.00                  |
|  | Al termine delle attività<br>ore 16.15 |

**Dichiara** che il bambino/a

↳ a scuola usufruisce dell'assistente alla persona

SI [ ] NO [ ]

↳ a scuola usufruisce dell'insegnante di sostegno

SI [ ] NO [ ]

↳ richiede che non vengano serviti i seguenti alimenti

per i seguenti motivi: allergie [ ] intolleranza [ ] altri motivi [ ]

**si richiede di allegare dichiarazione medica**

**Cooperativa Sociale L'Infanzia ONLUS**  
**Via B.Barbarani,2 - 37060 Lugagnano Sona (VR)**  
**Tel. 0458680574 fax. 045. 984902**  
[coopprogetti@linfanzia.it](mailto:coopprogetti@linfanzia.it) – [www.linfanzia.it](http://www.linfanzia.it)

↳ autorizza il proprio figlio/a a recarsi a casa da solo/a al termine delle attività

SI [ ] NO [ ]

**Note** : (indicazioni utili da segnalare)

---

---

---

FIRMA  
(Firma leggibile)

Il richiedente è informato che i dati compresi nella presente domanda di iscrizione saranno utilizzati per le sole finalità indicate nella richiesta e secondo modalità a ciò strettamente collegate. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Sona. I dati saranno inoltre depositati presso la cooperativa sociale L'Infanzia (per il centro doposcuola di Lugagnano) presso il quale l'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 13 del D.LGS.N.196/2003.

◇ AUTORIZZO

FIRMA  
(Firma leggibile)

**COORDINATE BANCARIE**

IL PAGAMENTO CON BONIFICO E' POSSIBILE SOLO PER IL PAGAMENTO **DELL'INTERO IMPORTO** PREVISTO PER IL PROGETTO COLLAGE.

CREDITO VALTELLINESE  
AGENZIA DI BUSSOLENGO

CIN O  
ABI 05216  
CAB 59310  
C/C 000000000298  
CODICE IBAN  
IT710052165931000000000298

Indicando:

**BENEFICIARIO:** Cooperativa Sociale L'Infanzia onlus

**CAUSALE:** Progetto "Collage" Lugagnano – Nome e Cognome del bambino.