

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PROGETTO COLLAGGE a.s. 2016/2017**

↔ 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 **SONA**

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

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | - Martedì   |
| <input type="checkbox"/> | - Mercoledì |
| <input type="checkbox"/> | - Giovedì   |
| <input type="checkbox"/> | - Venerdì   |

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

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - Dopo pranzo ore 14.30                    |
| <input type="checkbox"/> | - Al termine delle attività alle ore 16.30 |

**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**

- ↪ 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)