

SCHEDA ISCRIZIONE CENTRI ESTIVI 2024 *SCUOLA INFANZIA*

DAL 01 LUGLIO AL 26 LUGLIO 2024

LE ISCRIZIONI DEVONO PERVENIRE IN SEGRETERIA DELLA SCUOLA ENTRO IL 22 MAGGIO 2024

OFFERTA SERVIZIO

Part-time (8.00-12.30) con pranzo – Uscita ore 12.30 – 12.45

Full-time (8.00-16.00) Uscita ore 15.30 – 16.00

ANTICIPO E POSTICIPO: saranno effettuati con un gruppo minimo di 8 bambini.

Costo settimanale anticipo €. 8,00

Costo settimanale posticipo €. 12,00

Costo mensile anticipo €. 25,00

Costo mensile posticipo €. 45,00

ANTICIPO 7,30 – 8,00 SI !__! NO !__!

POSTICIPO 16,00 – 17,00 SI !__! NO !__!

Per i bambini non iscritti alla scuola quota di iscrizione per assicurazione € 10,00

COSTI *

Part-time € 70 per 1 settimana

Full-time € 85 per 1 settimana

Part-time € 140 per 2 settimane

Full-time € 170 per 2 settimane

Part-time € 200 per 3 settimane

Full-time € 245 per 3 settimane

Part-time € 255 per 4 settimane

Full-time € 310 per 4 settimane

*E' previsto uno sconto del 15% per due fratelli/sorelle iscritti ai Centri Estivi.



E-mail cda.ipab.matteazzi@gmail.com/asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com

www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

In qualità di Genitori:

Madre/Tutore

Nome e cognome.....
nata ila.....cittadinanza
residente a in vian.....
Codice fiscale
e-mail
Telefono.....

Padre/Tutore

Nome e cognome.....
nata ila.....cittadinanza
residente a in vian.....
Codice fiscale
e-mail.....
Telefono.....

Chiediamo di iscrivere nostro/a figlio/a
nato/a il..... a cittadinanza
Residente a Via.....n.....
Codice fiscale.....

PERIODO D'ISCRIZIONE INTERESSATO

Periodo d'iscrizione	Un figlio	Due figli	Giornata corta Part-Time	Giornata lunga Full-Time
dal 01/07 al 05/07				
Dal 8/07 al 12/07				
dal 15/07 al 19/07				
dal 22/07 al 26/07				



E-mail cda.ipab.matteazzi@gmail.com/asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com
www.scuolamaternamatteazzi.it
C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

SI PREGA DI SPECIFICARE:

ALLERGIE ED INTOLLERANZE

(In caso di allergie o intolleranze alimentari allegare certificato medico)

.....

.....

.....

.....

UTILIZZO DI FARMACI SALVAVITA

(Allegare certificato medico, richiedere in segreteria moduli da consegnare al medico curante da compilare e riportare a scuola)

.....

.....

.....

.....

ALTRO DA SEGNALARE:

.....

.....

.....

.....

E-mail cda.ipab.matteazzi@gmail.com / asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com

www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248



DELEGHE PER IL RITIRO

Le Docenti sono autorizzate a consegnare il/i minori solo alle persone riportate qui sotto.

I delegati possono essere un massimo di due persone al pomeriggio.

DELEGA DI RITIRO si delega il Signor/Signora

tipo di documento ☐ Carta D'identità ☐ Patente N°.....

rilasciata da.....il.....

DELEGA DI RITIRO si delega il Signor/Signora

tipo di documento ☐ Carta D'identità ☐ Patente N°.....

rilasciata da.....il.....

Data.....

Firma

Padre

Madre

Tutore



E-mail cda.ipab.matteazzi@gmail.com/asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com

www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

**PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA
IL GESTORE DEL SERVIZIO di CENTRO ESTIVO
E LE FAMIGLIE DEI BAMBINI ISCRITTI**

La sottoscritta Ivana Fabris nata a Camisano Vicentino il 21.02.1956 e residente in Camisano Vicentino in via Roma c.f. FBRVNI56B61B485X, in qualità di responsabile del servizio Centro Estivo promosso da IPAB MATTEAZZI ORAZIO PAPA' E MAMMA sito in Grumolo Delle Abbadesse (VI)

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, e residente in _____
C.F. _____ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a _____ il _____, e residente in _____
C.F. _____ che frequenterà il suddetto servizio per l'infanzia e l'adolescenza

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA FREQUENZA DI

AL SERVIZIO PROMOSSO DA I.P.A.B. MATTEAZZI DI GRUMOLO DELLE ABBADESSE SOPRA MENZIONATO.

In particolare, il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale), consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che il figlio, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle del proprio figlio/a, dei familiari e conviventi, avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore stesso o il proprio/a figlio/a o uno qualunque dei familiari e conviventi presenti sintomi sospetti per COVID-19 (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea ecc.) di rivolgersi immediatamente al proprio Medico di Medicina generale per le valutazioni del caso;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato e successivo allontanamento del minore a cura del genitore o altro adulto responsabile, invitandoli a contattare immediatamente il Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure diagnostiche;

- di essere consapevole che la frequenza del servizio comporta il rispetto delle indicazioni igienico-sanitarie previste;
- di essere stato adeguatamente informato dal gestore del servizio per l'infanzia e l'adolescenza di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi della giornata che il proprio figlio non trascorre al servizio per l'infanzia e l'adolescenza, comportamenti di massima precauzione circa il rischio del contagio;
- di essere consapevole che con la ripresa di attività di interazione, seppur controllate, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali (allegate) e che per questo è importante la massima cautela anche al di fuori del contesto del servizio per l'infanzia e l'adolescenza.

In particolare, il responsabile del servizio educativo, consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di aver preso visione delle "Linee di indirizzo per l'organizzazione delle attività educative e ricreative per i minori" della Regione Veneto e di attenersi alle indicazioni in esso contenute, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2;
- di aver fornito, contestualmente all'iscrizione, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza del servizio rivolto ai minori, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di avvalersi di personale adeguatamente formato su tutti gli aspetti riferibili alle vigenti normative in materia di organizzazione di servizio per l'infanzia e l'adolescenza, in particolare sulle procedure igienico-sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le raccomandazioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionale;
- di organizzare le attività evitando, nei limiti della miglior organizzazione possibile attività di intersezione tra il servizio per l'infanzia e l'adolescenza;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da COVID-19 da parte di un bambino o adulto frequentante il servizio, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

I.P.A.B. ASILO INFANTILE MATTEAZZI ORAZIO PAPÀ E MAMMA

Via Verdi, 1 36040 Grumolo delle Abbadesse (VI) Telefono 0444 206262

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di visto giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, delle linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19, e dalle sopracitate linee di indirizzo regionali per i servizi educativi e ricreativi rivolti ai minori.

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale)

Grumolo Delle Abbadesse il

IPAB MATTEAZZI ORAZIO PAPA' E MAMMA

Il Presidente

Ivana Fabris

