

**SCHEDA ISCRIZIONE CENTRI ESTIVI 2024 \* SEZIONE PRIMAVERA\***

**DAL 01 LUGLIO AL 26 LUGLIO 2024**

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

**OFFERTA SERVIZIO**

|                                          |                                 |
|------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Part-time (8.00-12.30) con pranzo</b> | <b>Uscita ore 12.30 – 12.45</b> |
| <b>Full-time (8.00-16.00)</b>            | <b>Uscita ore 15.30 – 16.00</b> |

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\***

|                                        |                                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Part-time € 70 per 1 settimana</b>  | <b>Full-time € 85 per 1 settimana</b>  |
| <b>Part-time € 140 per 2 settimane</b> | <b>Full-time € 170 per 2 settimane</b> |
| <b>Part-time € 200 per 3 settimane</b> | <b>Full-time € 245 per 3 settimane</b> |
| <b>Part-time € 255 per 4 settimane</b> | <b>Full-time € 310 per 4 settimane</b> |

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



E-mail [cda.ipab.matteazzi@gmail.com](mailto:cda.ipab.matteazzi@gmail.com)/[asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com](mailto:asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com)

[www.scuolamaternamatteazzi.it](http://www.scuolamaternamatteazzi.it)

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

**I.P.A.B. ASILO INFANTILE MATTEAZZI ORAZIO PAPÀ E MAMMA**  
Via Verdi, 1 36040 Grumolo delle Abbadesse (VI) Telefono 0444 206262

**In qualità di Genitori:**

**Madre/Tutore**

Nome e cognome.....  
nata il .....a.....cittadinanza .....  
residente a ..... in via .....n.....  
Codice fiscale .....  
e-mail .....  
Telefono.....

**Padre/Tutore**

Nome e cognome.....  
nata il .....a.....cittadinanza .....  
residente a ..... in via .....n.....  
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<br>d'iscrizione | Un figlio | Due figli | Giornata corta<br>Part-Time | Giornata lunga<br>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](mailto:cda.ipab.matteazzi@gmail.com)/asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com

[www.scuolamaternamatteazzi.it](http://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](mailto:cda.ipab.matteazzi@gmail.com)/[asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com](mailto:asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com)

[www.scuolamaternamatteazzi.it](http://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](mailto:cda.ipab.matteazzi@gmail.com)/asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com

[www.scuolamaternamatteazzi.it](http://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;

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

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

- 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.

e-mail: [cda.ipab.matteazzi@gmail.com](mailto:cda.ipab.matteazzi@gmail.com)/[asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com](mailto:asiloinfantilematteazzi.191@gmail.com)

[www.scuolamaternamatteazzi.it](http://www.scuolamaternamatteazzi.it)

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

**I.P.A.B. ASILO INFANTILE MATTEAZZI ORAZIO PAPA' 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

