

SCHEDA ISCRIZIONE CENTRI ESTIVI 2023 * SCUOLA PRIMARIA*

DAL 12 GIUGNO AL 28 LUGLIO 2023

LE ISCRIZIONI DEVONO PERVENIRE IN SEGRETERIA DELL'IPAB MATTEAZZI ENTRO IL 26 MAGGIO 2023

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 € 65 per 1 settimana

Full-time € 80 per 1 settimana

Part-time € 130 per 2 settimane

Full-time € 160 per 2 settimane

Part-time € 195 per 3 settimane

Full-time € 240 per 3 settimane

Part-time € 250 per 4 settimane

Full-time € 305 per 4 settimane

Part-time € 300 per 5 settimane

Full-time € 365 per 5 settimane

Part-time € 350 per 6 settimane

Full-time € 425 per 6 settimane

Part-time € 400 per 7 settimane

Full-time € 485 per 7 settimane

E' previsto uno sconto del 15% per due fratelli/sorelle che frequentano la scuola.

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 12/06 al 16/06				
dal 19/06 al 23/06				
dal 26/06 al 30/06				
dal 03/07 al 07/07				
dal 10/07 al 14/07				
dal 17/07 al 21/07				
dal 24/07 al 28/07				

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:

.....
.....
.....
.....



DELEGHE PER IL RITIRO

**Le Insegnanti 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