



Plesso di Rivera
Scuola Primaria
MODULO DI ISCRIZIONE AL
SERVIZIO DI PRESCUOLA E
DOPOSCUOLA

ANNO SCOLASTICO 2026/27

Mamma (nome cognome) _____ C.F. _____

Papà (nome cognome) _____ C.F. _____

Genitori di _____

residente a _____

in via _____

Tel. Cell. 1 (*) _____

Tel. Cell. 2 (*) _____

Altri recapiti (*) _____

Altri recapiti (*) _____

E-Mail (*) _____

Iscritto alla classe _____ della Scuola Elementare di Rivera Anno 2026/2027

(*) indicare a fianco del telefono/email a quale membro della famiglia appartiene

(#) indicare la sezione

CHIEDONO

che il proprio figlio/a possa frequentare il **doposcuola** nei giorni:

LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
☐ 13.00-14.30 ☐ 13.00-18.00	☐ 16.00-18.00	☐ 13.00-14.30 ☐ 13.00-18.00	☐ 16.00-18.00 ☐ 17.00-18.00	☐ 13.00-14.30 ☐ 13.00-18.00

che il proprio figlio/a possa frequentare il **prescuola** :

☐	TUTTI I GIORNI	07:30	08.00
--------------------------	-----------------------	-------	-------

(barrare per selezionare il servizio)

DICHIARANO

DI AVER LETTO IL REGOLAMENTO E DI ACCETTARLO in tutte le sue parti e si
IMPEGNANO al pagamento **MENSILE** della retta

DICHIARANO

- che il proprio figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze:

- che il proprio figlio/a deve evitare:

- che il proprio figlio/a utilizza i seguenti medicinali:

ISCRIVONO

il proprio figlio al servizio **MENSA DEL DOPOSCUOLA** nei seguenti giorni:

LUNEDI ☐

MERCOLEDI ☐

VENERDI ☐

Impegnandosi a comunicare telefonicamente entro e non oltre le ore 8,30 l'eventuale assenza giornaliera, in caso contrario, verrà considerato presente per il pranzo e verrà calcolato il buono pasto.

Numero di telefono a cui telefonare: **3383590688 Ferrero Carola**

PRIVACY

I sottoscritti _____ genitori di

_____, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003 e del GDPR- Regolamento UE 2016/679

prestano il Loro consenso ai trattamenti dei dati personali del proprio figlio/a:

☐ **Do il consenso**

☐ **Nego il consenso**

prestano il Loro consenso per la ripresa di foto o filmati del proprio figlio/a:

☐ **Do il consenso**

☐ **Nego il consenso**

Luogo, Data

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

