



Domanda di Ammissione al Polo 0-6:
Centro Infanzia "L'Allegra Brigata" e Spazio Bambini "Mezza Bavaja"
per l'Anno Educativo _____

1

__l_sottoscritt_____ nat_a_____ il_____
residente a _____ via_____ n°_____
padre[] madre[] tutore[] e

__l_sottoscritt_____ nat_a_____ il_____
residente a _____ via_____ n°_____
padre[] madre[] tutore[]

della/del bambin_____ (Cognome e nome del bimbo)

nat_a_____ il_____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ via_____ n°_____

Telefoni casa: _____ cellulare: madre _____ padre _____

nonni: _____ Indirizzo mail: _____

sulla base delle opportunità educative offerte dal Polo 0-6., consapevoli dei vincoli organizzativi esistenti, che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste, avendo preso visione della Carta dei Servizi, del Progetto Educativo, del Regolamento al funzionamento e degli allegati A e B

1. CHIEDONO

L'ammissione del __ figli __ al:

Centro per l'Infanzia "L'Allegra Brigata" 0-3 anni

Spazio Bambini "Mezza Bavaja inverno" 3-6 anni

Frequenza **part time:** **mattino** **pomeriggio**

Frequenza **full time** **personalizzata:** _____

5 gg **4 gg:** **lunedì** **martedì** **mercoledì** **giovedì** **venerdì**

2. DICHIARANO

- Di aver contattato il/la pediatra di riferimento (nome, cognome e numero di telefono) _____ e aver ottenuto certificazione favorevole alla frequenza del minore al Servizio,
- che il minore



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici, NON è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc.), NON è affetto da intolleranze e/o allergie

ha sofferto di patologie gravi in passato, o ha subito interventi chirurgici, o è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc., o è affetto da intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.

2

Allegati alla presente si trasmettono:

1. Fotocopia del Libretto delle vaccinazioni vidimato e del tesserino Sanitario
2. Eventuali certificazioni di allergie, intolleranze alimentari, di diagnosi di handicap della/del bimba/bimbo
3. Eventuali certificazioni di disabilità, di diagnosi di bisogni educativi speciali e/o di disturbi specifici dell'apprendimento
4. Pagamento della quota di iscrizione pari ad una mensilità (1)

(1) L'iscrizione deve essere pagata al momento della conferma della data di inserimento e ritiro della documentazione da compilare. Essa viene pagata una volta sola, in occasione della prima iscrizione, verrà considerata come pagamento del primo mese di frequenza solo al termine del periodo di ambientamento. La quota di iscrizione non verrà restituita in nessun caso.

3. AUTORIZZANO

gli educatori del Centro per l'Infanzia e dello Spazio Bambini del Polo 0-6 ad uscire dalle proprie Strutture, durante l'orario di servizio con la/il sopraccitata/o _____ per uscite al parco, al mare o in altri luoghi che ritengano idonei per la sua buona crescita psicofisica.

4. AUTORIZZANO

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), relativamente all'uso e alla pubblicazione delle immagini del bambino/a:

- il Centro per l'Infanzia e lo Spazio Bambini del Polo 0-6 all'uso interno al polo educativo (documentazioni educative, mostre, filmati) e all'uso esterno al polo educativo (convegni, incontri formativi, sito internet e pagina face book della Cooperativa "Famm Fumm e Fastidi", pubblicazioni su testi ed opuscoli a finalità didattico scientifiche anche diretti alla vendita al pubblico) delle immagini di mio/a figlio/a _____,
- altresì il Centro per l'infanzia e lo Spazio Bambini del Polo 0-6 all'uso e alla pubblicazione dei manufatti (disegni, costruzioni etc.) di mio/a figlio/a _____ nella struttura, sul sito internet e pagina facebook della Cooperativa "Famm Fumm e Fastidi", su opuscoli e testi a finalità didattico scientifiche anche diretti alla vendita al pubblico.



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



www.3effescs.it
3effescs@3effescs.it
allegrabrigata@3effescs.it
0717930815
Allegra Brigata di3effescs

Dati utili per la richiesta del Bonus Nido da comunicare ad INPS o patronati:

Centro Infanzia L'Allegra Brigata
di Famm Fumm e Fastidi s.c.s. onlus
autorizzazione al funzionamento n° 662 del 05/07/2007 rilasciato da Comune di Senigallia

8. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 D.lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto liberamente il mio consenso al trattamento dei dati personali, relativi al sottoscritto/a, al mio bambino/i alla mia famiglia e da parte della cooperativa sociale Famm Fumm e Fastidi nell'ambito della gestione del servizio richiestovi e nei limiti in cui il mio consenso sia richiesto ai fini di legge. In particolare manifesto il mio consenso espresso alla comunicazione, acquisizione e diffusione dei dati a vostri dipendenti e collaboratori nell'ambito delle proprie funzioni.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

9. DICHIARANO

Di essere a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità. Inoltre di aver preso atto di tutte le clausole, vessatorie e non, presenti, degli allegati: progetto educativo, regolamento del servizio, prospetto rette. Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile le parti accettano e approvano esplicitamente le clausole di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Senigallia, lì _____

Firma della Madre

Firma del Padre

N° documento in corso di validità

N° documento in corso di validità

Per accettazione del Servizio:

Data

firma



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI
AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA!