



SERVIZI EXTRASCOLASTICI ASSOCIAZIONE SENZA IL BANCO A.S 2020-2021
in convenzione con il Comune di Granarolo dell'Emilia (Bologna)

DOMANDA DI **PRE-ISCRIZIONE** AI SERVIZI EXTRASCOLASTICI NEL TERRITORIO DI GRANAROLO,
PRESSO SCUOLA DELL'INFANZIA MELA, SCUOLA DELL'INFANZIA A.FRESU, SCUOLA PRIMARIA A.FRANK

Si precisa che è tuttora in corso la definizione delle modalità di organizzazione dei servizi scolastici integrativi alla luce dell'emergenza sanitaria Covid-19, pertanto la presente domanda si intende come pre-iscrizione che sarà confermata successivamente tramite invio di specifica comunicazione all'indirizzo e-mail indicato nel modulo

**SCADENZA PRESENTAZIONE PRE-ISCRIZIONE
VENERDI' 4 SETTEMBRE 2020**

**INVIARE IL MODULO AGLI INDIRIZZI E-MAIL
granarolo@senzailbanco.it
e
ufficio@senzailbanco.it**

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale:

1)(nome/cognome) _____

1) Nato/a a _____ il _____

1) C.F. _____ Recapito telefonico: _____

1) Residente in _____ (____), via/piazza _____ n° _____ cap _____

2)(nome/cognome) _____

2) Nato/a a _____ il _____

2) C.F. _____ Recapito telefonico: _____

2) Residente in _____ (____), via/piazza _____ n° _____ cap _____

Indirizzo/indirizzi e-mail (dove verranno inviate tutte le comunicazioni):

in qualità di genitori/tutori legali /esercenti la potestà genitoriale

PRESENTANO LA PRE-ISCRIZIONE AI SERVIZI INTEGRATIVI GESTITI DALL'ASSOCIAZIONE "SENZA IL BANCO"

PER L'A.S. 2020/2021

del /della minore: _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ C.F. _____

frequentante la classe _____ sezione _____ Scuola _____ Comune _____ Prov. _____

Data/Luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

CHIEDONO I SEGUENTI SERVIZI EXTRASCOLASTICI GESTITI DA ASSOCIAZIONE "SENZA IL BANCO" :

SCUOLE DELL'INFANZIA [SELEZIONARE IL SERVIZIO RICHIESTO PRESSO LA SCUOLA FREQUENTATA]

<input type="checkbox"/> POST SCUOLA Infanzia Statale "La Mela" Quarto Inf.	<input type="checkbox"/> POST SCUOLA Infanzia Statale "A. Fresu" Cadriano
Dal lunedì al venerdì h. 17.00/18.00 € 210,00 per l'intero anno scolastico.	

SCUOLA PRIMARIA A.FRANK [SELEZIONARE LA TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHIESTO O IL GIORNO RELATIVO AL SERVIZIO SCELTO]

<input type="checkbox"/> PRE SCUOLA	Dal lunedì al venerdì h. 07.30/08.30	€150,00 annuali		
<input type="checkbox"/> POST SCUOLA	Dal lunedì al venerdì h. 16.30/18.00	€200,00 annuali		
<input type="checkbox"/> PRE E POST SCUOLA	Dal lunedì al venerdì h. 07.30/08.30 e h. 16.30/18.00	€280,00 annuali		
ASSISTENZA ALLA REFEZIONE dalle 12.30/13.00 alle 14.30	<input type="checkbox"/> MARTEDÌ	<input type="checkbox"/> MERCOLEDÌ	<input type="checkbox"/> VENERDÌ	€65,00 annuali per ciascun giorno
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI + ASS. REFEZIONE	MARTEDÌ h. 12.30/16.00-16:30			€200,00 annuali
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI + ASS. REFEZIONE	MERCOLEDÌ h. 13.00/16.00-16:30			€200,00 annuali
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI + ASS. REFEZIONE	VENERDÌ h. 13.00/16.00-16:30			€200,00 annuali
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI [NO Ass. Refezione]	MARTEDÌ h. 14.30/16.00-16:30			€150,00 annuali
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI [NO Ass. Refezione]	MERCOLEDÌ h. 14.30/16.00-16:30			€150,00 annuali
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ LABORATORIALI [NO Ass. Refezione]	VENERDÌ h. 14.30/16.00-16:30			€150,00 annuali

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

TERMINI PER PRESENTARE LA PRE-ISCRIZIONE E PER EFFETTUARE IL PAGAMENTO

Le pre-iscrizioni devono essere presentate entro VENERDÌ 4 SETTEMBRE 2020 ai seguenti indirizzi mail: granarolo@senzailbanco.it e ufficio@senzailbanco.it unitamente ad eventuali allegati (es. protocollo farmaci, dichiarazione sulla situazione lavorativa dei genitori, etc)

Una volta confermata l'iscrizione, il pagamento dovrà essere effettuato con bonifico bancario a favore dell' IBAN IT47H0538702406000035000151 (BPER Banca) intestato ad "Associazione Senza il Banco"; nella causale è necessario specificare **"nome e cognome del bambino, servizio/i richiesto/i, scuola, A.S. 2020-2021", indicando se unico versamento oppure se "Rata 1 A.S. 2020/21" o "Rata 2 A.S. 2020/21"**.

Il versamento dovrà essere eseguito entro una settimana prima della partenza del servizio e potrà essere pagata o l'intera quota o il 50% .

La seconda rata dovrà essere versata entro e non oltre il 31 gennaio 2021. Il pagamento varrà come effettiva conferma dell'iscrizione. Effettuato il pagamento, è necessario **inviarne ricevuta** all'indirizzo mail **ufficio@senzailbanco.it**

CAMBIO DEL SERVIZIO / NUOVE RICHIESTE A SERVIZIO ATTIVATO

Nel caso in cui, durante l'anno scolastico, i genitori avessero la necessità di cambiare il servizio scelto dovranno comunicarlo sia all'educatore di riferimento sia all'ufficio di Bologna, anche con e-mail all'indirizzo ufficio@senzailbanco.it con una lettera datata e firmata, indicando il nome del bambino, classe e scuola frequentata, il servizio che si intende revocare ed il nuovo servizio che si richiede. L'educatore potrà provvedere al cambio del servizio solamente dopo aver ricevuto l'approvazione da parte dell'ufficio di Bologna. Durante tutto l'anno scolastico sarà possibile effettuare al massimo due cambi. Nel corso dell'anno le domande di iscrizione potranno essere accolte previa verifica della disponibilità di posti.

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale _____ autorizzano il/la minore a uscire dalla sede scolastica o dove si tengono i servizi integrativi, accompagnato dagli educatori, per svolgere le attività programmate.

DELEGA AL RITIRO DEL/DELLA MINORE

Autorizziamo inoltre le seguenti persone a ritirare mio/a figlio/a al termine del servizio:

1. _____ CARTA IDENTITA N. _____
2. _____ CARTA IDENTITA N. _____
3. _____ CARTA IDENTITA N. _____
4. _____ CARTA IDENTITA N. _____
5. _____ CARTA IDENTITA N. _____

ANNOTARE I DATI ANAGRAFICI della persona delegata al ritiro, IL GRADO DI PARENTELA
E IL NUMERO DELLA CARTA D'IDENTITA' (DI CUI VA ALLEGATA COPIA)

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

SITUAZIONI DA SEGNALARE [ALLERGIE/ASSUNZIONE MEDICINALI/DIETE/ALUNNI CERTIFICATI/PRESA IN CARICO

DA PARTE DEL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE

Io sottoscritto/a _____ vi informo che il/la minore _____ :

Risulta allergico/a ai seguenti alimenti (Allegare certificato medico) : _____

Segue una dieta per i seguenti motivi religiosi/etici (autocertificare senza allegare nessuna documentazione) : _____

Segue una dieta per motivi di salute diversi dall'allergia alimentare: (Allegare certificato medico) _____

Deve obbligatoriamente assumere i seguenti medicinali* (Allegare certificato medico): _____

***Autorizzo Associazione Senza il Banco a somministrare i farmaci indicati nelle modalità sopra descritte e la assolvo da ogni responsabilità. Allego il Modulo A per la richiesta di somministrazione di farmaci salvavita.**

Alunno/a certificato/a L. 104/1992

SI (Allegare documentazione comprovante questa situazione)

NO

Alunno/a – Nucleo familiare seguito dal Servizio Sociale comunale

SI

NO

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

LIBERATORIA ALL'USO DI IMMAGINI

I sottoscritti _____
genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale del/della minore: _____

autorizzo autorizzo senza ripresa del volto non autorizzo

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (legge sul diritto d'autore), Associazione SENZA IL BANCO alle riprese video e/o fotografiche dell'immagine e dell'intervento del minore, nonché agli utilizzi delle stesse, o parte di esse, per la realizzazione di DOCUMENTAZIONI VIDEO O FOTOGRAFICHE e loro futuri modifiche o estratti, nonché a scopo promozionale e divulgativo di Associazione SENZA IL BANCO, sui supporti e nei canali di pubblicazione, distribuzione e messa in onda che saranno ritenuti da Associazione SENZA IL BANCO più idonei alla presentazione delle documentazioni. Ne vietiamo altresì l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale e il decoro del minore, in nessun caso potendoCi rivalere su Associazione SENZA IL BANCO, o altre realtà/professionisti incaricati ad effettuare le riprese video/fotografiche, per il risarcimento di danni morali e materiali causati da soggetti terzi o derivati da utilizzi non previsti nella presente Liberatoria.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

RICHIESTA ISCRIZIONE ALLA NEWSLETTER

acconsento non acconsento sono già iscritto/a

ad essere iscritto/a alla newsletter di Associazione SENZA IL BANCO, per ricevere tramite mail: notizie, approfondimenti, aggiornamenti o informazioni inerenti le attività, anche commerciali, promosse da Associazione SENZA IL BANCO.

NOME, COGNOME _____ INDIRIZZO MAIL _____

DATA, LUOGO _____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI (PRIVACY)

Autorizzo il trattamento dei miei dati e di quelli del/della minore,

Con presa visione e consenso dell'Informativa, disponibile sul sito web di Senza il Banco

(<http://www.senzailbanco.it/wp-content/uploads/2019/07/trattamento-dati-servizi-extracolastici-Senza-il-Banco.docx.pdf>), ai sensi del **D.Lgs. 101/2018 - Regolamento UE 2016/679** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

ALLEGATI DA RESTITUIRE UNITAMENTE AL MODULO DI PRE-ISCRIZIONE:

- Eventuali certificazioni mediche relative a diete speciali e/o altri stati di salute documentati dal pediatra o dall'AUSL
- Eventuale modulo per la somministrazione di farmaci salvavita (Modulo A)

DOCUMENTAZIONE:

Informativa sulla privacy dell'Associazione Senza il Banco