



DOPO (LA) SCUOLA 2024

Attività ludico-ricreative per gli studenti delle scuole primarie

ATTENZIONE:

SETTIMANE ED ORARI DIVERSIFICATI – CONSULTARE IL SITO DELLA SCUOLA DI APPARTENENZA*

QUANDO: dal 16 AL 27 SETTEMBRE

ORARIO USCITA: per tutti check out 16.15-16.30

DOVE: Le attività si terranno negli spazi della propria Scuola Primaria di appartenenza:

Tobagi, Giovanni XXIII, L. Da Vinci, Montessori, Cavalcanti, Rodari

QUOTA ISCRIZIONE: per tutti €. 10,00 una tantum (comprensiva di assicurazione)

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: €. 50,00 a settimana di cui:

- **PER I RESIDENTI:** 25€ a carico della Famiglia e 25€ a carico dell'Amministrazione Comunale
- **PER I NON RESIDENTI:** 50€ a settimana

***PRANZO:** al sacco fornito dalle famiglie quando richiesto (consultare sito della Scuola)

ISCRIZIONI: si ricevono dal **26 agosto al 4 settembre** inviando il modulo di pre-iscrizione alle associazioni referenti di ciascuna scuola frequentata dallo studente:

- studenti frequentanti le scuole **Tobagi, Giovanni XXIII, L. Da Vinci, Montessori** - S.S.D. POLISPORTIVA SAN GIULIANO – dopolascuola.polsgm@gmail.com
- studenti frequentanti la scuola **Cavalcanti** – S.S.D. DIMENSIONE DANZA – dimensionedanza.ssdgmail.com
- studenti frequentanti la scuola **Rodari** – DSM DANCE SCHOOL A.S.D. - dsmdanceschool@gmail.com

Successivamente le associazioni invieranno una email di accettazione della domanda con le indicazioni delle modalità di pagamento.

NUMERO MINIMO ATTIVAZIONE SERVIZIO: 15 iscritti

NON SONO PREVISTI RIMBORSI IN CASO DI MANCATA FREQUENZA

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
(nome e cognome del genitore/tutore)
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a _____
in via _____ n. _____
tel. _____ email _____

CHIEDE DI ISCRIVERE il/la proprio/a figlio/a "DOPO (LA) SCUOLA 2024"

Dati del minore

Nome _____ Cognome _____
Nato /a il _____ a _____
Residente a _____ in via _____
Codice Fiscale _____
Scuola frequentata _____ classe _____ sezione* _____
*tranne che per le classi prime

Periodo:

Chiedo l'iscrizione per la/le settimana/e (ATTENZIONE: consultare il sito della Scuola di appartenenza):

- 16 – 20 settembre
- 23 – 27 settembre

ATTENZIONE: check out per entrambe le settimane dalle ore 16.15 alle ore 16.30

CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO O AGONISTICO in corso di validità: Mi impegno a fornire il certificato medico il primo giorno di attività, pena l'esclusione dal servizio senza possibilità di rimborso della quota corrisposta.

PRANZO AL SACCO: mi impegno a fornire il pranzo al sacco per mio/a figlio/a quando previsto

RIMBORSI NON PREVISTI

Allego copia della carta d'identità

FIRMA

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n° 196/2003, recante disposizioni sul nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati da Lei forniti, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. I dati sensibili verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. N° 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento).