



Domanda ricevuta il giorno ____ / ____ / 2021 alle ore ____ : ____ N° ____
 (in caso di iscrizioni superiori alle 60 unità, garantirà l'inserimento il numero di iscrizione entro il 60)

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO INVERNALE 2021-22

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|--------------|---------|
| Cognome e Nome genitore | | | |
| Residenza (via, n. civico, città) | | | |
| Codice Fiscale | | | |
| Email | | | |
| Cellulare | (genitore 1) | (genitore 2) | (altro) |

CHIEDE

L'iscrizione del/la proprio figlio/a
 Nato/a il/...../..... a Residente in
 Scuola Frequentata (2020/21)

Al **centro invernale** istituito presso lo Spazio MAST, via San Martino 22, Rho (MI), nei giorni:

| | | |
|------------------|------------------|----------------|
| 23 dicembre 2021 | 29 dicembre 2021 | 4 gennaio 2022 |
| 24 dicembre 2021 | 30 dicembre 2021 | 5 gennaio 2022 |
| 27 dicembre 2021 | 31 dicembre 2021 | 7 gennaio 2022 |
| 28 dicembre 2021 | 3 gennaio 2022 | |

Per un costo complessivo di: _____ € (compilazione a cura della Cooperativa)

Il/la Sottoscritto/a si impegna a depositare il saldo dell'intera quota al momento dell'iscrizione tramite contanti (si ricorda la tariffa di € 17,50 per singolo giorno di frequenza; a questa tariffa verrà applicato uno sconto del 5% per ciascun giorno in più a partire dal quarto).

Tale quota NON verrà restituita in caso di mancata frequentazione del servizio.

In caso di mancata attivazione del servizio, la quota verrà interamente rimborsata ai seguenti estremi:

IBAN

Intestatario del conto Banca



Si segnala:

- che il/la proprio/a figlio/a necessita di un educatore di sostegno
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per allergia/intolleranza (come da certificazione medica consegnata per l'a.s. in corso) ai seguenti alimenti
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per motivi religiosi (come da autocertificazione in vigore per l'a.s. in corso);

Si ricorda che l'orario di uscita è alle 16.00.

- La famiglia richiede il servizio di post centro invernale dalle 16.00 alle 18.00. Tale servizio aggiuntivo verrà attivato con almeno 10 famiglie richidenti.

DELEGHE:

Il/la Sottoscritto/a autorizza che il/la proprio/a figlio/a venga riaffidato/a al termine delle attività programmate al Sig/Sig.ra Documento d'Identità n° (da fotocopiare e allegare) che su espressa delega si assume la responsabilità di custodia esonerando pertanto la Cooperativa Sociale LaFucina ONLUS da ogni responsabilità.

Rho _____

Firma (genitore1) _____

Firma (genitore 2) _____

(allegare alla domanda di iscrizione: copia della carta d'identità in corso di validità del genitore
iscrivente)