

**DOMANDA D'ISCRIZIONE ASILO NIDO COMUNALE "SARA MINONNI"
C/O IL PLESSO COMUNALE "A. CORCIULO" – SALVE**

A.S. 2023/2024

Il/La Sottoscritto/a

in qualità di

residente in alla via N.....

tel./cell. padre tel./cell. madre.....

codice fiscale.....

In caso di rappresentante legale (tutore, curatore, etc.) :

Sig.re/ra

in qualità di

codice fiscale.....

residente in alla via N.....

tel./cell.....

CHIEDE L'ISCRIZIONE

Del/la Minore.....

nato/a il.....

CF

a codesto Asilo Nido (comprensivo della già istituita Sezione Primaria) indicando la fascia oraria che si vuole usufruire e il relativo servizio mensa

- 08:00 – 11.30 senza mensa – Costo 270,00 €
- 08:00 – 14:00 con mensa – Costo 300,00 €
- 08:00 – 16:00 giornata intera – Costo 350,00 €

Gli orari sopra indicati potranno subire delle variazioni sulla base di esigenze familiari da concordare con la struttura.

Il/la sottoscritto/a **SI IMPEGNA** a:

- Versare la quota di iscrizione annuale relativa la copertura assicurativa di euro 50,00
- Versare la retta relativa alla fascia indicata anche in caso di assenza prolungata, entro i primi giorni di ciascun mese
- Portare certificato di avvenuta vaccinazione obbligatoria
- Far frequentare il/la figlio/a solo se in perfette condizioni di salute e presentare autocertificazione dopo 3 giorni di assenza
- Non far frequentare il bambino/a con:
 - febbre superiore a 37,5
 - dissenteria
 - vomito
 - otite
 - bronchite asmatica
 - congiuntivite
 - malattie-esantematiche
- Svolgere un colloquio preliminare con le operatrici

La Cooperativa **SI IMPEGNA** a:

- Fornire assistenza adeguata all'età del bambino
- Fornire interventi educativi programmati e qualificati
- Sostenere l'educazione igienico-sanitaria ed alimentare
- Agevolare con uno sconto retta pari al 15% per un'assenza CONTINUATA di almeno 15 giorni in mese da scomputare nel mese successivo
- Agevolare con uno sconto retta pari al 50% per assenza dell'intero mese

Salve li

Il Genitore

DATI FATTURAZIONE

Intestatario fattura

Nome _____

Cognome _____

Via _____ n _____ CAP _____

Cod. Fiscale _____

Indirizzo mail dove verranno inviate le fatture (leggibile a stampatello)



Causale bonifico:

- ASILO NIDO SALVE
- MESE DI RIFERIMENTO (Esempio Gennaio)
- NOME E COGNOME BAMBINO/A

IBAN: IT28M0538779670000035354437

BPER Banca Filiale di Gallipoli

Horizon Società Cooperativa Sociale a rl