



### ***RICHIESTA DI ISCRIZIONE BABY PARKING***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### ***recapiti telefonici:***

1) Nome \_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_,

Parentela \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

2) Nome \_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_,

Parentela \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

3) Nome \_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_,

Parentela \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### ***In qualità di genitore/tutore del minore:***

NOME E COGNOME DEL MINORE \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

RESIDENZA DEL MINORE \_\_\_\_\_

ISCRITTO/A ALLA SCUOLA \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- info@schoolacademy.eu - www.schoolacademy.eu



### **AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE**

Dichiaro che mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

- *Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante la frequenza (attività didattiche, ludico ricreative, giochi all'aperto)*
- *Oppure Presenza di certificazione ex legge 104/92*

### **INFORMAZIONI SANITARIE: ALLERGIE O INTOLLARENZE**

ALIMENTARI    ☐ SI    ☐ NO    SE SI QUALI

\_\_\_\_\_

FARMACI        ☐ SI    ☐ NO    SE SI QUALI

\_\_\_\_\_

DIETA ETICO-RELIGIOSA

\_\_\_\_\_

ALTRE ALLERGIE CON MANIFESTAZIONI ASMATICHE

\_\_\_\_\_

ALTRE INFORMAZIONI:

\_\_\_\_\_

*Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo Academy After School APS & ASD da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.*

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- [info@schoolacademy.eu](mailto:info@schoolacademy.eu) - [www.schoolacademy.eu](http://www.schoolacademy.eu)



**CHIEDO L'ISCRIZIONE DEL SUDDETTO MINORE ALL' INIZIATIVA SOCIO-EDUCATIVO-CULTURALE DI ACADEMY AFTER SCHOOL APS & ASD PER L'ANNO 2026**

SI RICHIEDE OPERATORE AGGIUNTIVO IN PRESENZA DI CERTIFICAZIONE EX L.104/1992 (extra) ☐ SI ☐ NO

**PAGAMENTO:**

*Mi impegno a versare, entro il primo giorno utile del mese, la corrispondente quota di partecipazione, calcolata sulla base delle attività, dei giorni e degli orari sottoindicati. La quota verrà versata per intero indipendentemente dagli effettivi giorni e ore di frequenza. (Se la quota non verrà corrisposta con le scadenze indicate non sarà consentito l'accesso alle attività).*

**DATI RICEVUTA RIFERITI A UN GENITORE**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

**DICHIARO:** di sollevare l' Associazione da qualsiasi responsabilità per i danni subiti dal/dalla proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ minore, derivanti dalla sua condotta nonché da danni che derivino al/alla minore da fatto di terzi, ovvero da casi fortuiti o da forza maggiore e di sollevare l'Associazione Academy After School APS & ASD da ogni responsabilità derivante dal libero accesso e dalla libera uscita dai locali della predetta Associazione; di autorizzare le seguenti persone al ritiro di mio/a figlio/a:

nome/cognome e allego copia documento di identità \_\_\_\_\_

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- info@schoolacademy.eu - www.schoolacademy.eu



*Ai sensi del REG. Privacy UE n. 679/2016, del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 come integrato dal Decreto Legislativo n. 101/2018, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo, per i soli fini consentiti dalla legge.*

*Firma per consenso alla raccolta di dati personali*

\_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Inviare le iscrizioni debitamente compilate e firmate a: [academyafterschool3@gmail.com](mailto:academyafterschool3@gmail.com)*

*Firma* \_\_\_\_\_

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- [info@schoolacademy.eu](mailto:info@schoolacademy.eu) - [www.schoolacademy.eu](http://www.schoolacademy.eu)



### **INFORMAZIONI PER LE FAMIGLIE:**

QUOTA TESSERAMENTO ANNUALE € 25,00

PROPOSTE ORARIE MENSILI ATTIVITA':

ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 20 ore)	€. 180,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 40 ore)	€. 230,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 60 ore)	€. 280,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 80 ore)	€. 330,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 100 ore)	€. 380,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 120 ore)	€. 420,00
ATTIVITÀ MENSILE	(Frequenza – 140 ore)	€. 460,00
ATTIVITÀ ORE SINGOLE	Concordato settimanalmente al costo di €.10,00 ad ora	

### **“MASSIMO CINQUE ORE CONTINUATIVE”**

Indicare i giorni di frequenza:

☐ LUNEDÌ ☐ MARTEDÌ ☐ MERCOLEDÌ ☐ GIOVEDÌ ☐ VENERDÌ

Indicare fascia oraria: AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_

### **ENTRATE E USCITE:**

*I corsisti devono essere accompagnati da un adulto all'interno della struttura, affidati ad un responsabile e ritirati al termine delle attività all'interno della medesima struttura dal genitore/tutore o delegato con documento d'identità.*

### **PAGAMENTO:**

**\* Il progetto sarà attivato con un numero minimo di 8 iscritti.**

**\* Eventuali aumenti saranno comunicati 30gg. prima del rinnovo mensile.**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- info@schoolacademy.eu - www.schoolacademy.eu



***COORDINATE PAGAMENTI:***

***BANCA ETICA***

***Intestatario: Academy After School associazione di promozione sociale ASD***

***IBAN: IT63 W050 1812 0000 0002 0000 397***

***Causale: Quota baby parking, mese, nome iscritto***

**School Academy APS & ASD**

Sede: Viale F.lli Cairoli, 27 – 31100 Treviso

353 485 2801- [info@schoolacademy.eu](mailto:info@schoolacademy.eu) - [www.schoolacademy.eu](http://www.schoolacademy.eu)