



RICHIESTA DI ISCRIZIONE KIDS ACADEMY

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 - 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

Firma _____

School Academy APS & ASD

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

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



INFORMAZIONI PER LE FAMIGLIE:

QUOTA TESSERAMENTO ANNUALE € 25,00

ACADEMY 1-3 ANNI	
5 LAB/SETTIMANA	€. 330,00
4 LAB/SETTIMANA	€. 290,00
3 LAB/SETTIMANA	€. 250,00
2 LAB/SETTIMANA	€. 210,00
ORARIO: dalle 7.30 alle 12.30	

ACADEMY 3-6 ANNI	
5 LAB/SETTIMANA	€. 290,00
4 LAB/SETTIMANA	€. 250,00
3 LAB/SETTIMANA	€. 210,00
2 LAB/SETTIMANA	€. 170,00
ORARIO: dalle 7.30 alle 12.30	

A RICHIESTA INTEGRAZIONE ORE	
------------------------------	--

Indicare i giorni di frequenza:

☐ LUNEDÌ ☐ MARTEDÌ ☐ MERCOLEDÌ ☐ GIOVEDÌ ☐ VENERDÌ

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 Kids Academy, mese, nome iscritto

School Academy APS & ASD

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

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