

DOMANDA D'ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO 2025

Il/la sottoscritto/a -----

genitore di -----

bambino/a nato/a il.....

residente a prov.

in via -----, n°-----

Codice Fiscale di un genitore.-----

Codice fiscale del bambino/a.-----

e-mail. -----

nido/scuola materna frequentato/a durante l'anno-----

CHIEDE PER SUO/A FIGLIO/A L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO

SETTIMANE	PART TIME 7,30/13,00	FULL TIME 7.30/16	PROLUNGAMENTO 16,00/18,00
1/4 LUGLIO			
7/11 LUGLIO			
14/18 LUGLIO			
21/25 LUGLIO			
28 LUGLIO 01 AGOSTO			
04/08 AGOSTO			
18/22 AGOSTO			
25/29 AGOSTO			

LA DOMANDA DI ISCRIZIONE E' VINCOLATA AL PAGAMENTO DELL'INTERA RETTA, NON RESTITUIBILE IN CASO DI RINUNCIA

Scheda informativa

NOME

COGNOME.....

LUDUS Cooperativa Sociale P.iva e C.F. 03071070365
via Scaglia est 120/b -Modena-
tel.059-342063 fax 059-2922210 e.mail nidoludus@gmail.com

NATO IL.....A.....

ABITA AIN VIA.....

NIDO O SCUOLA DI
PROVENIENZA.....

ALIMENTAZIONE

PREFERENZE

ALLERGIE

RITUALI

SONNO
COME SI ADDORMENTA

CON CHI

AUTONOMIA
LINGUISTICA

MOTORIA

PRATICHE IGIENICHE

GIOCHI PREFERITI

ALTRE COSE DA SEGNALARE

*** SE IL VOSTRO BAMBINO DURANTE L'ANNO SCOLASTICO HA USUFRUITO DI UN OPERATORE DI
SOSTEGNO O HA INTRAPRESO UN PERCORSO CON IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA è
FONDAMENTALE COMUNICARLO AFFINCHE' VENGA GARANTITO ANCHE DURANTE IL CENTRO
ESTIVO.**

PERSONE AUTORIZZATE A VENIRE PRENDERE

NOME COGNOME

DOCUMENTO

NOME COGNOME

DOCUMENTO

.....

NOME COGNOME

DOCUMENTO

.....

NOME COGNOME

DOCUMENTO

.....

RECAPITI

PAPA'

cognome nome.....

documento d'identità numero..... tel. cell.

MAMMA

cognome nome.....

documento d'identità numerotel. cell.

IL SOTTOSCRITTO CON LA PRESENTE DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO DELLE MODALITA' E DELLE FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI, COSI' COME PREVISTO DAL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" MEDIANTE LETTURA DI IDONEA NOTA INFORMATIVA ESPOSTA PRESSO LA SEDE DEL NIDO IN QUESTIONE.

DATA

FIRMA