



Nido PICCOLI PULCINI

Sede legale Via Brindisi, 45 Olbia 07026 (SS)

Nido Via A. Nanni, 37 Olbia 07026 (SS)

DOMANDA DI ISCRIZIONE NIDO D'INFANZIA "PICCOLI PULCINI 3-36 MESI"

Al rappresentante legale della Società Cooperativa Sociale Co.Se.So.

I sottoscritti _____

(cognome e nome di entrambi i genitori)

in qualità di A) genitori/esercanti la responsabilità genitoriale B) tutori affidatari

CHIEDONO

l'iscrizione del ___bambin___ _____

al nido d'infanzia "PICCOLI PULCINI 3-36 MESI" _____

per l'anno educativo ___20___ (mese e anno) a ___20___ (mese e anno)

chiedono di avvalersi,

del servizio "PICCOLI PULCINI 3-36 MESI" e delle risorse disponibili, nel seguente orario:

Part-time (orario di uscita 13,15-14,00)

Full-time (orario di uscita 16,00-18,00)

E dichiarano quanto segue:

- I ___bambin___ _____

(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino • italiano • altro (indicare nazionalità) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

- Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

Firma di autocertificazione* _____

(Legge n. 127 del 1997, d.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

Coop. Sociale Co.Se.So.

Sede Legale Via Brindisi 45, Olbia (SS) Sede operativa Via A. Nanni 37, Olbia (SS)

@ infanziaipulcini@gmail.com

telefono 392.9699056



* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa. Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla cooperativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la cooperativa presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Data

Presa visione *

DICHIARA

- che il/la bambino/a non è iscritto/a presso altra struttura.
- che la fatturazione dovrà essere intestata a _____ C.F. _____.
- che la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

- **di essere a conoscenza** dell'ammontare delle rette.
- **di impegnarsi a versare le rette** alle scadenze stabilite, ossia:
 - entro il 5 di ogni mese.
- **di accettare le seguenti norme** amministrative:
 - art. 1 - la mancata frequenza successiva all'iscrizione non comporta la restituzione della quota
 - art. 2 - l'iscrizione si intende valida per l'intero anno educativo (Settembre/Agosto).
 - art. 3 - l'eventuale disdetta per l'anno successivo va comunicata con largo anticipo.



· che è tenuto/a al rispetto di quanto sopra anche l'altro genitore

Data

FIRMA genitore/tutore*

• Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta della Co.Se.So. sia stata condivisa.

Orario di frequenza:

Tariffa da 12 mesi compiuti

Dalle 08,00 alle 14,00	€ 350,00 mensili (+ iscrizione di € 70,00)
Dalle 08,00 alle 18,00	€ 400,00 mensili (+ iscrizione di € 70,00)

Orario di frequenza:

Tariffa da 03 a 11 mesi

Dalle 08,00 alle 14,00	€ 400,00 mensili (+ iscrizione di € 70,00)
Dalle 08,00 alle 18,00	€ 450,00 mensili (+ iscrizione di € 70,00)

Indicare soggetto della fatturazione: _____

A mezzo bonifico bancario presso Co.Se.So. Soc. Coop. Sociale

BANCA INTESA SAN PAOLO

IBAN : IT 54S0306909606100000163916

Coop. Sociale Co.Se.So.

Sede Legale Via Brindisi 45, Olbia (SS) Sede operativa Via A. Nanni 37, Olbia (SS)

@ infanziaipulcini@gmail.com

telefono 392.9699056



ALLEGRO ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- **copia libretto vaccinazione**
- **certificato medico per eventuali intolleranze e/o allergie**

IN PRESENZA DI DISABILITA':

- certificato ex L.104/92 art.3 comma 3/comma 1
- verbale di invalidità civile

ANNOTAZIONI VARIE

- Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

Scheda di accoglienza e inserimento (compilare in tutte le sue parti)

Autonomia e abitudini

Ha raggiunto il controllo sfinterico diurno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha raggiunto il controllo sfinterico notturno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accetta il distacco dalle figure parentali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È in grado di camminare da solo/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È in grado di lavarsi le mani da solo/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È in grado di mangiare da solo/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usa il succhietto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usa un "doudou" (oggetto di conforto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riposini giornalieri (indicare il numero)	mattina _____ <input type="checkbox"/> pomeriggio _____ <input type="checkbox"/>	

Alimentazione

È svezzato/a SI NO

Età in cui ha cominciato lo svezzamento _____

Usa il biberon SI NO
 per l'acqua per il latte

Consistenza dei cibi che è abituato/a a mangiare
 cibo frullato cibo tritato cibo a pezzettini

Abitualmente mangia
 sul seggiolone in braccio altro _____

Cibi preferiti _____

Cibi che rifiuta _____

Cibi che devono ancora essere inseriti nella dieta _____

Cibi che devono essere esclusi dalla dieta _____

Presenza di allergie/intolleranze alimentari e non (indicare quali) _____

Indicazioni del pediatra (nome e cognome _____)

Data _____

Firma _____

Coop. Sociale Co.Se.So.

Sede Legale Via Brindisi 45, Olbia (SS) Sede operativa Via A. Nanni 37, Olbia (SS)

@ infanziapulcini@gmail.com

telefono 392.9699056