



COOPERATIVA SOCIALE
VIA PLACIDO RIZZOTTO 2D
90031 BELMONTE MEZZAGNO (PA) P.IVA 05115240821
Mail: marypoppins.fancesca@gmail.com
Pec: cooperativamarypoppins@pec.it
www.marypoppinsbelmonte.it

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____
cognome e nome nome

CHIEDO

che mio/a figlio/a venga iscritto/a presso questa Scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico _____

- ☐ Micro nido
- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ Spazio gioco
- ☐ Sezione Primavera

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO

che mio/a figlio/a è nato nel comune di _____ (prov. _____) in data _____
che è in possesso della cittadinanza italiana o altro (_____)
che è residente nel comune di _____ Via/piazza _____ n. _____
che è stato sottoposto ed è in regola con le vaccinazioni obbligatorie
che mio/a figlio/a presenta le seguenti allergie o intolleranze alimentari:

- codice fiscale alunno
- codice fiscale genitori
- mail:

- che il proprio nucleo familiare è composto da:

Relazione di parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Occupazione

--	--	--	--	--

SI ALLEGA REGOLAMENTO SCOLASTICO

N.B.: La scuola si riserva di ulteriori richieste documentali in merito ad eventuali nuove disposizioni governative misure anti-Covid, a causa della straordinaria emergenza. Inoltre, fatto salvo quanto disposto nel presente contratto d'iscrizione si rimanda a nuove modifiche su eventuali disposizioni governative di cui la struttura potrebbe essere obbligata ad ottemperare a causa della straordinaria emergenza sanitaria. Si precisa che la struttura della scuola dell'infanzia paritaria/micronido e sezione primavera è ottemperante di tutti i protocolli di sicurezza previsti dai decreti Governativi e dalle linee guida Ministeriali fino ad oggi vigenti.

RECAPITI TELEFONICI DELLA FAMIGLIA

Telefono abitazione	Cellulare	Telefono lavoro

** specificare: papà, mamma, nonno paterno/materno, nonna paterna/materna*

Accetto l'importo delle rette mensili praticate e mi impegno a versarle improrogabilmente entro il giorno 5 di ogni mese. Sono consapevole inoltre che non potrò in nessun caso richiedere sconti o riduzioni di rette nel caso di frequenza ridotta, durante il mese, per malattia o per altri motivi familiari.

RETTE PATTUITE

(da compilare a cura della direzione)

Retta di iscrizione	€	_____,____	
Materiale didattico	€	_____,____	
Retta di frequenza	€	_____,____	(mensili)
Retta di refezione	€	_____,____	(mensili)
Retta baby parking (Ore _____,_____ - _____,_____)	€	_____,____	(mensili)

Data _____

IL GENITORE