

Modulo di iscrizione al servizio di Spazio Artos A. S. 2025/2026

IO SOTTOSCRITTO (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome del PADRE	
N° cellulare:	altri recapiti (parenti, lavoro etc.):
Indirizzo e-mail:	

AUTORIZZO l'invio della fattura a questo indirizzo e-mail

IO SOTTOSCRITTA (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome della MADRE	
N° cellulare:	altri recapiti (parenti, lavoro etc.):
Indirizzo e-mail:	

AUTORIZZO l'invio della fattura a questo indirizzo e-mail

GENITORI DI: (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome del BAMBINO/A – RAGAZZO/A		Sesso <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> F</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Comune di nascita:	Data di nascita:	Nazione (se nato all'estero)		
Comune di residenza:	Via _____ nr. _	CAP		
Scuola frequentata	Classe	Sezione		

CODICE FISCALE del bambino/a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA DEL BAMBINO/A

CHIEDO L'ISCRIZIONE DI MIO/A FIGLIO

<input type="checkbox"/> Spazio Artos GRUPPO – SCUOLA PRIMARIA	<input type="checkbox"/> Spazio Artos GRUPPO – SCUOLA SECONDARIA
---	---

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che la presente dichiarazione è sostitutiva di certificazione e atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R n.445 del 28/12/2000 e che, in caso di falsa dichiarazione, incorrerà nelle sanzioni previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. oltre che nell'annullamento della presente domanda.

IL RICHIEDERENTE:

- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DEL CONTRATTO
- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA DI CUI AGLI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016
- AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PER LE FINALITA' DEL SERVIZIO SPAZIO ARTOS
- INFORMATIVA FOTO/VIDEO
 - ACCONSENTO
 - NON ACCONSENTO
- ALLEGO COPIA CODICE FISCALE DEL MINORE
- ALLEGO MODELLO ISEE

Data _____

Firma del genitore _____



Fondazione artos
Il valore aggiunto alla solidarietà
Partner Comune Caronno Pertusella

Uffici: P.zza A.Moro, 1 - 21042 Caronno P.Ia (VA) - Tel./Fax 02.808.98.505 - info@fondazioneartos.it - www.fondazioneartos.it

(scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome del BAMBINO/A	
Data di nascita:	Scuola e classe frequentata:
Recapiti telefonici:	

- Il/la bambino/a soffre di allergie? NO
 SI'

Se sì, quali: _____

- Il/la bambino/a ha allergie/intolleranze alimentari? NO
 SI'

Se sì, quali: _____

In caso di risposta affermativa, i genitori devono allegare certificazione medica attestante l'allergia/intolleranza.

- Il/la bambino/a ha una disabilità? NO
 SI'

Se sì, quale: _____

- Il/la bambino/a ha una certificazione/relazione specialistica per "bisogni educativi speciali"? NO
 Sì

Se sì, quale: _____

Eventuali altri problemi di salute (fisici o psichici) di cui i genitori ritengono che la Coordinatrice debba essere a conoscenza:

- Il/la bambino/a necessita di somministrazione di farmaci durante il servizio? NO
 Sì

Se sì, quali: _____

Il genitore si impegna a consegnare l'apposito modulo per l'autorizzazione alla somministrazione di farmaci compilato dal medico curante.

Il richiedente dichiara che le informazioni sopra fornite corrispondono al vero e se ne assume ogni responsabilità ai sensi della vigente normativa e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni e ogni informazione rilevante.

Data _____

Firma del Genitore _____