

Modulo di iscrizione al servizio di Spazio Artos A. S. 2026/2027

IO SOTTOSCRITTO (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome GENITORE 1	
N° cellulare:	altri recapiti (parenti, lavoro etc.):
Indirizzo e-mail:	

☐ AUTORIZZO L'INVIO DELLA FATTURA A QUESTO INDIRIZZO MAIL

IO SOTTOSCRITTA (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome GENITORE 2	
N° cellulare:	altri recapiti (parenti, lavoro etc.):
Indirizzo e-mail:	

☐ AUTORIZZO L'INVIO DELLA FATTURA A QUESTO INDIRIZZO MAIL

GENITORI DI: (scrivere in STAMPATO MAIUSCOLO LEGGIBILE):

Cognome e Nome del BAMBINO/A – RAGAZZO/A		Sesso ☐ M ☐ 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 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA DEL BAMBINO/A – SOLO PER NUOVI ISCRITTI																						

CHIEDO L'ISCRIZIONE DI MIO/A FIGLIO

☐ <i>Spazio Artos</i> <i>scuola PRIMARIA</i>	☐ <i>Spazio Artos</i> <i>scuola SECONDARIA</i>
--	--

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 RICHIEDENTE:

- ☐ 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 INTERNE
le immagini, foto e video effettuate durante le attività, oltre alle attività didattiche interne, potranno essere trattate al fine di realizzare stampe fotografiche da esporre all'interno della scuola, o fotografie/CD/USB da distribuire esclusivamente tra i genitori (uso interno)

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

- ☐ INFORMATIVA FOTO/VIDEO ESTERNE – CANALI SOCIAL
le immagini, foto e video effettuate durante le attività, oltre alle attività didattiche interne, potranno inoltre essere trattate al fine di utilizzare le immagini/foto/video in ambiti più generici o indeterminati, ad esempio: pubblicazioni o proiezioni pubbliche (es. open day), sito internet istituzionale, canali social istituzionali (WhatsApp, Facebook, Instagram, ecc);

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

- ☐ Allego copia codice fiscale minore – SOLO se NUOVO ISCRITTO

Data _____

Firma del genitore _____

(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 ☐ SI'
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 ☐ SI'
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 _____