



MODULO DI ISCRIZIONE

Anno 2024/205

MICRONIDO ARCOBALENO

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ (____) Via _____ n._____

Tel. _____ altro recapito telefonico _____

e-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE al Micronido

Con frequenza:

Part-time mattutino dalle ore 07:30 alle 13:30 € 500 mensili

Part-time pomeridiano dalle ore 07:30 alle 15:30 € 600 mensili

Full-time dalle ore 07:30 alle 17:30 € 700 mensili

I PREZZI DEI PACCHETTI MENSILI SONO COMPRENSIVI DEI PASTI

Frequenza del sabato costante

Frequenza del sabato occasionale

IL COSTO DEL SABATO su previa prenotazione se occasionale rispetterà la tiraffa oraria

del/la proprio/a figlio/a _____

Nato/a _____ (_____), il _____

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ACCETTARE LE SEGUENTI "NORME PER LA
FREQUENZA AL Micronido Arcobaleno**

*** Modalità di pagamento.**

Al momento dell'iscrizione i genitori si impegnano a versare al Micronido la quota annuale di iscrizione comprensiva di polizza assicurativa a protezione di danni e infortuni dei bambini di euro 100

La quota mensile di frequenza al Micronido
Attraverso bonifico bancario al Micronido Arcobaleno srls

Codice iban: IT03S0101517304000070856074

Con causali : Quota iscrizione annuale di (nome e cognome del bambino/a)

Quota mensile di (nome e cognome del bambino/a)

INFORMAZIONI SANITARIE

Nome e cognome del Pediatra _____

Recapito telefonico _____

Vaccinazioni obbligatorie Si _____ No _____

La dieta sottoscritta dal pediatra dovrà essere aggiornata ogni qualvolta verranno introdotti nuovi alimenti nell'alimentazione del bambino/a

Entrambi i genitori autorizzano alla ripresa di immagini fotografiche e audiovisive del proprio bambino durante la sua giornata al Micronido Arcobaleno

Autorizzo _____ Non autorizzo _____

Firma di entrambi i genitori

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003

La informiamo che il titolare del trattamento dei dati è il Micronido Arcobaleno. Secondo il D. Lgs. 196/2003 il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nonché della Sua dignità. Ai sensi dell'Art. 13 della predetta legge, La informiamo che i dati da Lei rilasciati saranno utilizzati al fine dell'iscrizione al Micronido Arcobaleno, e in ogni momento, a norma dell'Art. 7 del citato Decreto, potrà avere accesso ai suoi dati e chiederne la modifica o la cancellazione.

Data _____

Firma _____

Documenti da allegare alla domanda:

Copia documento identità in corso di validità di entrambi i genitori

Libretto vaccinale o certificazione

Certificato di salute del Pediatra

Dieta alimentare del Pediatra

4 fotografie del bambino/a formato fototessera