

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PRE/DOPO SCUOLA

Si comunica che, per l'a.s. 2024/2025, avranno priorità i bambini entrambi i genitori lavoratori o con famiglie monogenitoriali con occupazione. In seconda battuta gli altri alunni fino al raggiungimento del numero consentito.

Si chiede pertanto di compilare il modulo sottostante, firmarlo, scannerizzarlo e inviarlo all'indirizzo segreteria@maternachiarabeldi.it.

Coloro che usufruiranno del dopo scuola, potranno scegliere due momenti per il congedo: prima uscita alle ore 16.45, ultima uscita alle ore 17.30.

Non sarà possibile prelevare l'alunno in orari diversi. Gli alunni verranno consegnati all'orario scelto dai genitori all'ingresso di L.go Parma 1.

Il servizio sarà attivo dal 2 settembre, per i bimbi già frequentanti gli anni precedenti, mentre per i nuovi iscritti il servizio partirà appena terminato l'inserimento.

IL/LA SOTTOSCRITT _____

GENITORE DELL'ALUNN _____

FREQUENTANTE LA SEZIONE _____ MAESTRA _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A AL SERVIZIO DI

PRE SCUOLA (7.30-8.30)

DOPO SCUOLA con

Uscita ore 16.45

Uscita ore 17.30

Consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

(barrare e compilare la casella di interesse)

(per il padre)

Di essere occupato e dipendente della ditta _____

via _____ cap _____

Luogo _____ n° Tel. _____

orario di lavoro _____

indicare se part time

Full time

Di essere lavoratore autonomo , titolare d'impresa o libero professionista con il seguente orario di lavoro _____

(per la madre)

Di essere occupata e dipendente della ditta _____
via _____ cap _____
Luogo _____ n° Tel. _____
orario di lavoro _____

indicare se part time

Full time

Di essere lavoratrice autonoma , titolare d'impresa o libera professionista con il seguente orario di lavoro _____

(famiglia monogenitoriale)

Di essere occupato/a e dipendente della ditta _____
In via _____ cap _____
Luogo _____ n° Tel. _____
orario di lavoro _____

indicare se part time

Full time

Di essere lavoratore/lavoratrice autonomo/a , titolare d'impresa o libero/a professionista con il seguente orario di lavoro _____

Data e luogo

Firma (di entrambi i dichiaranti)