

COMUNE DI SOLBIATE OLONA

VIA GIACOMO MATTEOTTI, 2 - 21058 SOLBIATE OLONA (VA)

www.comune.solbateolona.va.it – protocollo@comune.solbateolona.va.legalmail.it

C.F. 00223640129

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE, SPORT, CULTURA, TEMPO LIBERO E BIBLIOTECA

TEL N° 0331 375165 FAX N° 0331641930 - socioculturale@comune.solbateolona.va.it

c/o BIBLIOTECA COMUNALE - Via dei Patrioti - 21058 – Solbate Olona

RICHIESTA SERVIZI SCOLASTICI DI COMPETENZA COMUNALE

SCUOLA DELL'INFANZIA PONTI

ANNO SCOLASTICO 2016/2017

IL SOTTOSCRITTO

GENITORE DELL'ALUNNO

NATO AIL.....

RESIDENTE AIN VIATEL.

INDIRIZZO MAIL

CHE A SETTEMBRE FREQUENTERA' LA CLASSE..... DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA PONTI

RICHIEDE PER IL PROPRIO FIGLIO L'ISCRIZIONE

- AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA (**costo ATTUALE del pasto: €. 5,30**)
- AL SERVIZIO DI PRE SCUOLA, DALLE ORE 7.30 ALLE ORE 8.00 (**costo ATTUALE mensile: €.
20,00**)
- AL SERVIZIO DI POST SCUOLA, DALLE ORE 16.00 ALLE ORE 17.30 (**costo ATTUALE mensile €.
40,00**)
 - con n° 2 uscite (si prega di barrare la casella corrispondente alla necessità della famiglia)
 - 1° uscita: dalle ore 16.45 alle ore 17.00
 - 2° uscita: dalle ore 17.15 alle ore 17.30

**N.B.: L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI POST SCUOLA E' RISERVATA ESCLUSIVAMENTE
ALLE FAMIGLIE IN CUI ENTRAMBI I GENITORI SIANO IMPEGNATI IN QUESTO LASSO DI
TEMPO. NEL CASO DI ASSENZA NON GIUSTIFICATA PER N° DUE SETTIMANE LA
FREQUENZA VERRA' SOSPESA**

Solbate Olona, li.....

IL GENITORE RICHIEDENTE

MODULO PER REALIZZAZIONE POSIZIONE ANAGRAFICA ON LINE

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO _____

SCUOLA DELL'INFANZIA "A. PONTI"

ANNO __1°_____

SEZIONE DI APPARTENENZA (colore)_____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

NOME E COGNOME DELL'ADULTO PAGANTE _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

NUMERO CELLULARE (PER INVIO SMS) _____

EVENTUALE RICHIESTA DI DIETA SPECIALE (PER MOTIVI DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE) per
cortesìa barrare la casella relativa alla situazione in essere

- SI (in questo caso allegare certificato medico)
- NO

EVENTUALE RICHIESTA DI UNA DIETA ETICO-RELIGIOSA, CON EVIDENZA, NEL CASO PREVISTO,

- NO
- SI (in questo caso specificare sotto)
 - RIFIUTO DI OGNI TIPO DI CARNE
 - RIFIUTO UNICAMENTE DELLA CARNE DI SUINO

IL GENITORE RICHIEDENTE

N.B.: tutte le voci sopraccitate sono obbligatorie, si chiede pertanto cortesemente di compilare ogni spazio, scrivendo in stampatello in modo chiaro.