



- è seguito/a dal Pediatra/Medico di Famiglia di libera scelta Dott. ....

**CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE**

Barrare con una crocetta solo sulle caselle che corrispondono alla propria situazione familiare.

**a) BAMBINO/A RESIDENTE:**

CON DISABILITA':	<input type="checkbox"/>
RESIDENTE ORFANO:	<input type="checkbox"/>
RESIDENTE DALLA NASCITA:	<input type="checkbox"/>
RESIDENTE DA 5 ANNI:	<input type="checkbox"/>
RESIDENTE DA 4 ANNI:	<input type="checkbox"/>
FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

**b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:**

MA CON FRATELLI/SORELLE CHE FREQUENTANO CODESTA SCUOLA DELL'INFANZIA	<input type="checkbox"/>
CON NONNI RESIDENTI	<input type="checkbox"/>
NON RESIDENTE	<input type="checkbox"/>

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno *(ove approvato)*.
- Dichiaro di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia *(ove approvato)*.
- Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali.
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 - 47 - 75 - 76 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

## Allegato A

### TARIFFE ED ORARI per la frequenza per l'anno scolastico 2020/2021 (delibera C.d.A. del 20/11/2019)

Quota di iscrizione	€ 100,00	
Totale contributo annuale (comprensivo dei pasti)	€ 1.700,00 per i residenti	In 10 rate mensili di egual importo da settembre a giugno ( da versare anche in caso di ritiro )
	€ 1.800,00 per i non residenti	

Il pagamento della retta mensile deve essere effettuato tramite SDD (Sepa Direct Debit), previa sottoscrizione di un'autorizzazione alla scuola per l'addebito diretto in conto corrente.

Gli addebiti saranno effettuati con valuta 15 di ogni mese.

Coloro che usufruiscono di una integrazione della retta a carico del Comune di Lurate Caccivio potranno prendere accordi con la segreteria per gestire i pagamenti, da effettuarsi entro il giorno 10 del mese, con modalità diversa dall'addebito diretto in conto corrente.

Tutte le quote sopra indicate potrebbero subire variazioni durante l'anno scolastico in base alla regolarità dei versamenti dei contributi statali/regionali/comunali o qualora esigenze di bilancio lo richiedano.

Orario di ingresso	8:45 - 09:00
Orario di uscita	15:15 - 15:30

E' possibile un'uscita intermedia alle ore 13:00 su richiesta.

**Dopo le ore 09:10 i bambini saranno accettati solo previo avviso telefonico.**

Il mese di settembre sarà dedicato agli inserimenti prevedendo orari diversificati per i piccoli con graduale progressione fino al raggiungimento dell'orario pieno.

Servizio pre-scuola	orario 07:30 - 08:45	€ 20,00 mensili
Servizio post-scuola	orario 15:30 - 18:00	€ 30,00 mensili
Entrambi i servizi		€ 50,00 mensili

## Allegato B

### ADESIONE AI SERVIZI EXTRA

RELIGIONE PROFESSATA : CATTOLICESIMO (oppure indicare quale:

INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO ESTIVO NEL MESE DI LUGLIO (INDICATIVAMENTE)

Richiesta di servizio PRE-SCUOLA: SI  dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Richiesta di servizio POST-SCUOLA: SI  dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

	SI'	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>	
NO	<input type="checkbox"/>	

- Il pre e il post-scuola sono a numero chiuso ( max. 30 iscritti ). L'iscrizione vincola al pagamento del servizio per tutto l'anno scolastico.

### CRITERI DI AMMISSIONE AL SERVIZIO POST-SCUOLA

Sono ammessi al servizio, nel numero massimo di volta in volta stabilito dal responsabile del servizio sulla base del personale a disposizione, i bambini le cui famiglie siano composte da genitori lavoratori che non dispongono di aiuti parentali e/o che abbiano orari di lavoro rigidi e non compatibili con le esigenze scolastiche.

Qualora le domande siano in esubero rispetto al numero di posti disponibili costituirà titolo di preferenza per la formazione di una apposita graduatoria :

- a) l'attività lavorativa documentata di entrambi i genitori, tenendo conto della sede di lavoro e dell'orario, prestando particolare attenzione all'eventualità che il termine dell'orario di lavoro sia successivo al termine delle lezioni;
- b) Il bambino è già stato iscritto l'anno precedente al servizio;
- c) Il bambino ha fratelli/sorelle iscritti/e a scuola;
- d) la situazione di disagio familiare determinata da motivi di salute di qualche componente (autocertificata specificando la natura del problema) ovvero da motivi di natura sociale (documentanti da comunicazione dei servizi sociali)

La frequenza al servizio deve essere continuativa. L'assenza ingiustificata che si protragga per un numero di giorni complessivamente superiori a 12 nel mese, comporta la perdita del diritto ad usufruire del servizio e la sostituzione con altro richiedente inserito in graduatoria. Per la giustificazione dell'assenza ha valore lo stesso attestato prodotto ai fini didattici alla segreteria della scuola.

## Allegato C

### PTOF TRIENNALE E OSSERVAZIONI DELLA PSICOLOGA

#### VISIONE E ACCETTAZIONE PTOF

A seguito dell'informativa fornita dichiariamo di avere PRESO VISIONE del **Progetto educativo e del Piano dell'Offerta Formativa** della scuola ed esprimiamo **LA NOSTRA ACCETTAZIONE E LA NOSTRA CONDIVISIONE** per i valori ed i contenuti espressi.

Data ..... padre .....

Data ..... madre .....

#### AUTORIZZAZIONI ALLE OSSERVAZIONI FATTE DALLA PSICOLOGA

I sottoscritti .....

Genitori dell'alunno/a .....

#### AUTORIZZANO

LA PSICOLOGA SCOLASTICA AD EFFETTUARE UN'OSSERVAZIONE MIRATA SUL PROPRIO FIGLIO.

SÌ

NO

Data ..... padre .....

Data ..... madre .....

**N:B: E' obbligatoria la compilazione di tutti i campi da parte di entrambi i genitori. Le domande incomplete non saranno accettate.**