



## Domanda di iscrizione

Il sottoscritto (genitore 1) \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (genitore 2) \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDONO L'ISCRIZIONE del proprio figlio/a al Nido d'Infanzia Clotilde per l'anno educativo \_\_\_\_\_**

DATI DEL BAMBINO/A

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Facendo richiesta di

- **TEMPO PART TIME fino alle 13,00**
- **TEMPO NORMALE fino alle 16,00**

**A tal proposito**

**DICHIARANO**

- Che il bambino/a ha assolto gli **obblighi vaccinali previsti dall'età ( D.L. n°73, 7/06/2017) si allega certificazione veccinale**
- Che il bambino/a soffre di **ALLERGIE**, specificare quali \_\_\_\_\_

**si allega certificazione medica attestante l'allergia**

- Che il bambino/a **NON** soffre di ALLERGIE
- Che il bambino/a soffre di **INTOLLERANZE ALIMENTARI** specificare quali \_\_\_\_\_

**si allega certificazione medica attestante intolleranza alimentare**

- Che il bambino/a **NON** soffre di INTOLLERANZE ALIMENTARI
- Di conoscere e accettare il regolamento interno
- Di conoscere e accettare il regolamento sanitario del Nido
- Di conoscere e accettare il Progetto Pedagogico del Nido
- Di conoscere e accettare le condizioni della privacy
- Di sapere che l'iscrizione richiede il pagamento mensile della retta scadente al 5 dello stesso mese di frequenza tramite ADDEBITO IN CONTO CORRENTE, **si allega il mandato da compilare e rinviare**
- Di autorizzare il proprio figlio/a a partecipare alle uscite didattiche a piedi o con mezzi di trasporto privati o messi a disposizione dall'Unione Terre d'Argine
- Di aver richiesto l'iscrizione presso altri Nidi
- Di non aver richiesto l'iscrizione presso altri Nidi

**Indicare il genitore a cui intestare le fatture**      **genitore 1**      **genitore 2**

**Data**

**Firma (genitore 1)**

\_\_\_\_\_

**Firma (genitore 2)**

\_\_\_\_\_

**P.S. tutti i moduli e gli allegati vanno debitamente compilati e rinviati attraverso un unico file in formato pdf e nominato col nome e cognome del bambino all'indirizzo mail: [matildecapello@s2quadro.it](mailto:matildecapello@s2quadro.it)**



\* I campi indicati con asterisco sono obbligatori

Restituire il modulo debitamente compilato a:

Riservato al Creditore:

MANDATO SEPA B2B DIRECT DEBIT  
AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN C/C

*Se il mandato è gestito con SEDA: Opzione allineamento elettronico archivi (Servizio SEDA)*

Dettagli relativi al rapporto sottostante fra Creditore e Debitore – Indicazione facoltativa con finalità esclusivamente informative.

Eventuali soggetti per conto dei quali viene effettuato il pagamento:

*Per pagamenti relativi a un contratto tra un soggetto diverso dal Debitore e il Creditore (ad esempio liquidazione di fatture intestate a terzi) usare questo campo per indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il Debitore lasciare in bianco.*

Cognome e Nome dell'effettivo Debitore \_\_\_\_\_

Codice Identificativo dell'effettivo Debitore \_\_\_\_\_

*Il Creditore deve compilare questa sezione se l'incasso è effettuato per conto di un altro soggetto.*

Cognome e Nome dell'effettivo Creditore \_\_\_\_\_

Codice Identificativo dell'effettivo Creditore \_\_\_\_\_

**Riferimenti del contratto sottostante**

Numero identificativo \_\_\_\_\_

Descrizione \_\_\_\_\_

Restituire il modulo debitamente compilato a:

Riservato al Creditore: