

PADRE nome C.F.....		MADRE Cognome e nome C.F.	
Data di nascita		Data di nascita	
Luogo di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio		Titolo di studio	
Professione		Professione	
Telefono		Telefono	
e-mail:		e-mail:	

ALTRI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA		
Grado di parentela	Cognome e nome	Data e luogo di nascita

Ai sensi dell'art. 1341-1342 del Codice Civile dichiara di conoscere specificatamente le somme dovute, la modalità di pagamento previste nel caso di omesso pagamento.

I sottoscritti si impegnano a comunicare entro l'inizio delle attività della Scuola, i nominativi dei soggetti autorizzati a prelevare da Scuola il/la bambino/a e a consegnare le fotocopie dei relativi documenti di identità (oltre a quelli dei genitori e/o del/dei tutore/i) mediante i moduli predisposti e secondo le norme contenute nel Regolamento.

I sottoscritti dichiarano di accettare senza riserve il calendario scolastico stabilito dall'ente gestore (sulla base del calendario scolastico deliberato dalla Regione Abruzzo) e di accettare sin d'ora eventuali modifiche comunicate dalla Scuola.

I sottoscritti dichiarano che intendono richiedere alla Scuola per tutto l'anno scolastico anche il seguente servizio:

SERVIZIO DOPO SCUOLA (dalle 13.50 alle 16.15) per 4 giorni a settimana **SI** ↑ **NO** ↑

e pertanto si impegnano ad effettuare alla scuola i pagamenti previsti per tali servizi richiesti, secondo le modalità descritte nelle condizioni generali di contratto.

Al fine di agevolare il rapporto scuola famiglia riferisce che:

- L'alunno/a soffre delle seguenti allergie:

DATA _____

(Firma del genitore)

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.