

# DOPOSCUOLA "NON SOLO COMPITI 2026/2027"

## MODULO ISCRIZIONE

Per bambini e bambine delle scuole elementari e medie.

Da lunedì 28.09.2026 a venerdì 28.05.2027.

L'apertura del doposcuola è strettamente legata al calendario scolastico per quanto riguarda i periodi di vacanza e le festività. Se la mattina le scuole sono chiuse, il pomeriggio il doposcuola è chiuso.

Tutti i pomeriggi 14:30 – 18:00 presso Centro Giovanile Terraferma (Piazza don Bosco 21, Bolzano)

### DATI GENITORE:

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale) .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente in via ..... n .....  
Telefono ..... E-mail .....

### DATI FIGLIO/A:

Esercente la potestà sul/la figlio/a .....  
Nato/a a ..... il .....  
Frequentante la scuola..... Classe.....

iscrive il/la proprio/a figlio/a al progetto "NON SOLO COMPITI 2026/2027"

per i seguenti giorni (barrare i giorni desiderati):

**Primo quadrimestre:** ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì

**Secondo quadrimestre:** ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì

| GIORNI A SETTIMANA   | COSTO A QUADRIMESTRE          |
|----------------------|-------------------------------|
| 1 giorno a settimana | <b>70,00€</b> a quadrimestre  |
| 2 giorni a settimana | <b>100,00€</b> a quadrimestre |
| 3 giorni a settimana | <b>125,00€</b> a quadrimestre |
| 4 giorni a settimana | <b>145,00€</b> a quadrimestre |
| 5 giorni a settimana | <b>165,00€</b> a quadrimestre |

**+ 15,00 € QUOTA SOCIO** (NON necessari se la quota è già stata pagata nell'anno 2026)

**Dichiara inoltre che:**

- Il/La proprio/a figlio/a soffre di **INTOLLERANZE/ALLERGIE**?

☐ Sì ☐ No

Nel caso di risposta affermativa, **indicare le intolleranze/allergie** ed eventuali alimenti che non possono essere mangiati (si prega inoltre di **allegare il certificato medico**):

---

---

- Il/La proprio/a figlio/a potrà **USCIRE/ANDARE A CASA DA SOLO/A** dall'attività?

☐ Sì ☐ No

Nel caso di risposta negativa, **indicare i nominativi** delle persone che potranno ritirarlo/a al termine dell'attività:

---

- Il/La proprio/a figlio/a è affetto da patologie per cui si è in possesso di una **DIAGNOSI** (per es. l.104, l.170..)?

☐ Sì ☐ No

- Nel caso di risposta affermativa, **si prega di allegare il certificato con la diagnosi** che verrà trattato nel pieno rispetto delle normative sulla privacy.

- Esonera sia gli educatori che l'associazione da ogni responsabilità per danni derivanti da modi di agire non corretti del/la ragazzo/a e si fa carico degli eventuali guasti arrecati alle attrezzature e agli spazi usati per le attività;
- La quota versata per l'attività non è rimborsabile. In presenza di gravi e comprovati motivi, l'Associazione potrà valutare, a propria discrezione, eventuali richieste di rimborso, previa presentazione della documentazione necessaria.

DATA.....

FIRMA.....