



Centro Servizi per l'Infanzia

50131 FIRENZE - Via Boccaccio, 38L/r

Tel e Fax 055 55 22 918

www.lemagemago.it

Partita IVA 05090100487

DOMANDA D'ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ residente in _____
Via _____ n _____
recapito telefonico _____ cell. _____
genitore di _____
nato/a il _____ a _____
e.mail _____
data di inserimento concordata _____

presa visione del regolamento del CENTRO SERVIZI PER L'INFANZIA LE MAGHE MAGÒ,
CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a _____
sia iscritto/a al seguente servizio de "Le Maghe Magò s.n.c. di E. Goggioli e S. Maraschi Centro servizi per l'infanzia" per l'anno scolastico _____ .

ASILO NIDO per bambini dai 12 ai 36 mesi
dalle 7.30 alle 17.30

ASILO NIDO CORTO per bambini dai 12 ai 36 mesi
dalle 7.30 alle 13.00

RETTA DI AMBIENTAMENTO
dalle 7,30 alle 11,30 solo per chi non
è pronto a rimanere a mangiare (escluso mensa)

ASILO NIDO TRE VOLTE A SETTIMANA per bambini da 12 a 36 mesi
dalle 8,00 alle 17,30 (lun/mer/ven)

BUONI PASTO

A tal fine il/la sottoscritto/o corrisponde, contestualmente alla sottoscrizione della presente domanda, **la quota di iscrizione per l'Anno scolastico _____ pari ad Euro _____** (quota non rimborsabile)

Ricevuta quota iscrizione (Euro _____) n° _____ del _____

Data _____

Firma _____



Centro Servizi per l'Infanzia

50131 FIRENZE - Via Boccaccio, 38L/r

Tel e Fax 055 55 22 918

www.lemaghemago.it

Partita IVA 05090100487

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____
Doc. d'identità n. _____ rilasciato il _____ dal _____
genitore di _____
nato/a a _____ il _____, residente
Via _____ n. _____ provincia _____ cap _____
età del bambino a Settembre _____ mesi _____

Tel. abitazione _____
Tel. cell. mamma _____
Tel. cell. Babbo _____
Numeri utili _____

E - mail _____

Ha fatto Richiesta per l'Asilo Nido Comunale sì [] no []
Farà richiesta per i buoni servizio Comunali sì [] no []

presa visione del regolamento del CENTRO SERVIZI PER L'INFANZIA "Le Maghe Magò" con sede in Firenze, via Boccaccio 38/L rosso che costituisce allegato e parte integrante della presente domanda

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a _____
sia iscritto/a al servizio Asilo Nido con retta mensile **fissata in Euro** _____
per l'anno scolastico _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di accettare il regolamento del CENTRO SERVIZI PER L'INFANZIA "Le Maghe Magò" e le altre disposizioni comunque vigenti in materia di servizi per l'infanzia;
- di avere già effettuato il pagamento a favore de "Le Maghe Magò s.n.c. di E. Goggioli e S. Maraschi" di Euro _____ per la quota di iscrizione (ric. N. _____ del _____);
- di essere a conoscenza che la retta mensile per l'anno scolastico _____, per il servizio richiesto di _____ è di euro _____



Centro Servizi per l'Infanzia

50131 FIRENZE - Via Boccaccio, 38L/r

Tel e Fax 055 55 22 918

www.lemagemago.it

Partita IVA 05090100487

ASILO NIDO per bambini dai 12 ai 36 mesi
dalle 7.30 alle 17.30 []

ASILO NIDO CORTO per bambini dai 12 ai 36 mesi
Dalle 7.30 alle 13.00 []

RETTA DI AMBIENTAMENTO []
dalle 7,30 alle 11,30 solo per chi non è pronto a rimanere a mangiare (escluso mensa)

ASILO NIDO TRE VOLTE A SETTIMANA per bambini da 12 a 36 mesi
dalle 8,00 alle 17,00 (lun/mer/ven) []

BUONI PASTO

- di impegnarsi a corrispondere **per intero la retta relativa al mese di settembre** _____ * (*** nel caso di inserimento posticipato, quella relativa al primo mese di inserimento**), nonché le successive rette mensili fino al giugno _____ compreso;
- di impegnarsi a corrispondere la retta relativa al mese di luglio _____ (ridotta proporzionalmente rispetto alla retta mensile ordinaria in base agli effettivi giorni di apertura della struttura) nel caso decida di optare per il servizio offerto dalla società anche in tale mese;
- di essere consapevole che la retta mensile dovrà essere pagata anticipatamente a mezzo contanti o bonifico bancario **entro il 1° di ogni mese**;
- di garantire la frequenza del proprio /a figlio/a per l'intero anno scolastico _____;
- di impegnarsi, in caso quanto sopra non sia possibile, a comunicare l'intenzione di interrompere la frequenza al servizio scelto per l'anno scolastico _____, entro il 15 del mese precedente a quello nel quale rinuncerà al servizio a mezzo raccomandata A/R;
- di essere consapevole che, **in caso di mancata comunicazione della rinuncia al servizio, secondo le modalità sopra specificate, saranno comunque dovute le rette mensili anche per i mesi non frequentati**;
- di essere consapevole che in caso di ritiro anticipato la retta mensile già pagata non sarà comunque rimborsata;
- di essere consapevole che in caso di malattia prolungata e/o di assenza motivate anche da certificati medici e/o per motivi familiari, la retta mensile sarà comunque dovuta per intero (salvo il costo dei buoni pasto per tale periodo);
- di essere consapevole che la retta mensile è comprensiva dei pannolini e di tutto quanto necessario per lo svolgimento dell'attività didattica e ludica;
- di essere consapevole che il mancato pagamento anche di una sola retta mensile comporterà la risoluzione del contratto, a partire dal mese successivo a quello del mancato pagamento e che inoltre il/la bambino/a non sarà ammesso/a alla frequenza dal mese successivo al mese di mancato pagamento;



Centro Servizi per l'Infanzia

50131 FIRENZE - Via Boccaccio, 38L/r

Tel e Fax 055 55 22 918

www. lemagemago.it

Partita IVA 05090100487

- di essere consapevole che ogni spesa per il recupero di qualsiasi credito vantato dalla società nei suoi confronti sarà posta a carico del medesimo;
- di autorizzare il personale del Centro Servizi per L'infanzia Le Maghe Magò a recarsi con il/la proprio/a figlio/a anche all'esterno della struttura di Sede (Via Boccaccio 38/l rosso, Firenze) per svolgere attività didattiche;
- di essere consapevole che la struttura non effettuerà il servizio e rimarrà perciò chiusa, oltre che nelle festività riconosciute anche in alcuni giorni che verranno comunicati tempestivamente dalla struttura stessa all'inizio di ogni anno scolastico;
- di essere consapevole che in caso di scioperi o eventi eccezionali la struttura potrebbe restare chiusa.

Firenze, _____

Firma genitore/i _____

Per Accettazione

Firenze, _____

"Le Maghe Magò s.n.c. di E. Goggioli e S. Maraschi"



Centro Servizi per l'Infanzia

50131 FIRENZE - Via Boccaccio, 38L/r

Tel e Fax 055 55 22 918

www. lemagemago.it

Partita IVA 05090100487

ALL. DPS6b MODULO DI RICEVUTA E CONSENSO SERVIZI PER L'INFANZIA

• **Informativa Servizi per l'Infanzia** (Art.13 D. Lgs. n. 196/2003);

Il sottoscritto, in qualità di _____ del minore _____,
da atto di aver ricevuto quanto sopra esposto e **conferisce il proprio consenso al
trattamento dei dati personali sensibili**, nei modi e per le finalità menzionate
nell'**Informativa** ricevuta.

Data _____ Nome e Cognome _____

Firma _____

Il sottoscritto conferisce il proprio **consenso alla comunicazione di Dati Personali comuni**
e di **Dati Personali sensibili**, ai soggetti elencati in "ambiti di comunicazione" della
sopracitata **informativa** ed in particolare:

- Ai gestori esterni del Servizio Mensa per esigenze di salute o confessionali
- Ad eventuali gestori esterni di attività didattiche e ludiche, quando necessario (maneggio, piscina, cinema, teatro, etc.)

Data _____ Nome e Cognome _____

Firma _____

Il sottoscritto conferisce il proprio **consenso alla ripresa di immagini** ed alla loro
esposizione e diffusione come elencato in "ambiti di comunicazione" della sopracitata
informativa.

Data _____ Nome e Cognome _____

Firma _____