

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' ISTITUTO PARITARIO "MARSILIO FICINO"
Figline Valdarno

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Aperta agli alunni delle classi 3°elementare alla 3° media già frequentate (tassativo)

AL CAMPUS ESTIVO " GENIUS " DAL 1 AL 6 SETTEMBRE 2025" presso i locali dell'istituto Marsilio Ficino

Il sottoscritto genitore _____

CHIEDE

l'iscrizione al Campus Estivo "Estate Insieme" dal 1 al 6 settembre 2025 del proprio figlio/a:

Nome e cognome: _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

tel.abit. _____

figlio/a di _____

nato a _____ il _____

tel/cell _____ email _____

e di _____

nato a _____ il _____

cell _____ email _____

Codice fiscale (dello studente) _____

cittadinanza () italiana () altro (indicare lo Stato) _____

Scuola di provenienza: _____

Il sottoscritto inoltre prende visione che :

- Il Campus si svolgerà dal 1 al 6 settembre 2025 ore 9:00 alle ore 16:00
- I PASTI E OGNI ALIMENTO E BEVANDA DEVONO ESSERE PORTATI DA CASA- La copertura assicurativa sarà a cura della Scuola

La quota per partecipare al Campus sarà di euro 110,00 ciascuno ciascuno da versare entro il giorno venerdì 26 luglio 2024 tramite bonifico bancario IBAN : **IBAN: IT35J0503402802000000003509**

- **CAUSALE: SALDO Genius centro estivo 2025 + NOMINATIVO DELL'ALUNNO PARTECIPANTE**
- **VERRA' EMESSA REGOLARE FATTURA CHE SARA' INVIATA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA INDICATO NEL MODULO DA VOI COMPILATO.**
- **Il campus sarà attivato con MASSIMO DI 80 ISCRITTI**

Con la presente dichiara che:

- che il proprio figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO
- che il proprio figlio/a ha allergie/intolleranze alimentari certificate SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali e portare copia della relativa certificazione:

-
- che il proprio figlio/a ha particolari necessità mediche (es. uso abituale di particolari farmaci)

SI
 NO

In caso di risposta affermativa indicare quali e portare la relativa certificazione medica :

-
- Alunno con disabilità (Certificazione ai sensi della Legge 104/92) SI NO
 - Alunno con DSA SI NO
 - Alunno con Bisogni Educativi Speciali SI NO

Data, _____ Firma _____
(autocertificazione Legge 15/98)