

II.RR. SALOTTO E FIORITO
 Via Grandi, 5 - 10098 Rivoli (TO)
 tel.: 011/9586731 – 011/9580286
 direzione.scuolaparitaria@salfior.it
istruzione@pec.salfior.it
segreteria.paritaria@salfior.it
www.salottofiorito.it
 P.IVA: 01905480016



SCUOLE PARITARIE

Micronido
 Primavera
 Infanzia
 Primaria
 Secondaria di I Grado

CONTRIBUTO DI FUNZIONAMENTO
SCUOLA DELL'INFANZIA
 Anno scolastico 2024 – 2025

<u>SERVIZI SCOLASTICI</u>	QUOTA FUNZIONAMENTO ANNUALE	MODALITA' DI PAGAMENTO
CONTRIBUTO DI FUNZIONAMENTO		
ORARIO NORMALE 9.00 - 16.00	2.600 EURO (compreso di riscaldamento)	1 Rata da € 2.600 a settembre; 2 Rate da € 1.300 a settembre e a febbraio; 10 Rate da € 260 mensilmente da settembre a giugno;
ORARIO CON USCITA DOPO PRANZO 9.00 – 12.30	2.300 EURO (compreso di riscaldamento)	1 Rata da € 2300 a settembre; 2 Rate da € 1150 a settembre e a febbraio; 10 Rate da € 230 mensilmente da settembre a giugno;

Le rate verranno emesse **alla fine del mese precedente** e si versano entro il giorno 5 dei mesi di settembre, ottobre, novembre, dicembre, gennaio, febbraio, marzo, aprile, maggio e giugno.

Le famiglie che iscrivono più figli nella Scuola Paritaria usufruiranno di una riduzione annua di € 400 sul bambino più piccolo.

QUOTA DI ISCRIZIONE: All'atto dell'iscrizione si verseranno € 250 annuali non restituibili.

Tutti gli allievi delle classi successive alla prima dovranno versare l'iscrizione entro il 31 Gennaio 2024.

L'importo indicato è comprensivo delle spese: assicurazione, spese generali e servizi di segreteria.

<u>SERVIZI EXTRASCOLASTICI</u>	IMPORTO EURO
ANTICIPAZIONE ORARIO: 7.15 - 08.45 previa iscrizione	€ 40 mensili
PROTRAZIONE ORARIO: 16.00 - 18.30 previa iscrizione	€ 100 mensili
MENSA: La mensa funziona dal primo giorno di tempo pieno. Il servizio è interno, con cucina fresca. Pasto non fruito: rimborsato parzialmente a conguaglio	€ 5,50 a pasto € 2,50 a pasto (a conguaglio mensile)
ATTIVITA' SPORTIVE ED INTEGRATIVE: Attivate nel mese di ottobre in presenza di un numero adeguato di adesioni.	Il costo sarà comunicato al momento della proposta dell'attività.
CENTRO ESTIVO	Il costo sarà comunicato al momento della proposta dell'attività.

Modalità Pagamento: Bonifico bancario - bollettino postale - bancomat e carta – assegno – contanti.

Conto intestato a: Istituti Riuniti Salotto e Fiorito - Coordinate bancarie:

Intesa Sanpaolo, IBAN: IT31Q0306909606100000018686

Banca Sella, Ag.Rivoli – P.zza Martiri, IBAN: IT88H0326830871052883379670

Posta, C/C postale n.31500101 - ABI=07601, CAB=01000

II.RR. SALOTTO E FIORITO

Via Grandi, 5 - 10098 Rivoli (TO)
tel.: 011/9586731 – 011/9580286

istruzione@pec.salfior.it

direzione.scuolaparitaria@salfior.it

segreteria.paritaria@salfior.it

www.salottofiorito.it

P.IVA: 01905480016



SCUOLE PARITARIE

Micronido
Primavera
Infanzia
Primaria
Secondaria di I Grado

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PARITARIA **DELL'INFANZIA** ANNO SCOLASTICO 2024 - 2025

Il sottoscritto _____ padre madre tutore
dell'alunno/a _____

consapevole di scegliere una Scuola Cattolica d'ispirazione vincenziana e di impegnarsi a collaborare ad un'educazione cristiana della persona, della vita, della realtà

CHIEDE

l'iscrizione dello/a stesso/a al anno della Scuola dell'Infanzia

A tale fine **dichiara**, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che l'alunno/a:

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____ Codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via / Corso _____

Proveniente dal nido o dalla scuola dell'Infanzia (Statale / non Statale) _____

di _____ ove ha frequentato per _____ anni

è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie sì no

(Stabilito dal decreto legge n. 73/2017, convertito con modificazioni dalla legge n. 119/2017, che ha introdotto l'obbligo vaccinale per i minori da 0 a 16 anni)

richiede l' ammissione alla frequenza anticipata sì no

(Riferita solo a coloro che compiono il terzo anno di età nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 30 aprile 2020).

Alunno con disabilità sì no

(La domanda di iscrizione andrà accompagnata dalla certificazione in caso di disabilità)

FIRMA PADRE DI AUTOCERTIFICAZIONE (art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445) _____

FIRMA MADRE DI AUTOCERTIFICAZIONE (art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445) _____

II.RR. SALOTTO E FIORITOVia Grandi, 5 - 10098 Rivoli (TO)
tel.: 011/9586731 – 011/9580286istruzione@pec.salfior.itdirezione.scuolaparitaria@salfior.itsegreteria.paritaria@salfior.itwww.salottofiorito.it

P.IVA: 01905480016

**SCUOLE PARITARIE**Micronido
Primavera
Infanzia
Primaria
Secondaria di I Grado**SCHEDA ANAGRAFICA SCUOLA PARITARIA DELL'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2024 - 2025****DATI STUDENTE**Cognome.....Nome.....
Luogo di nascita.....Provincia.....Data.....
Residente in.....Via/Corso.....Cap.....
Codice Fiscale..... Classe..... Sezione.....**DATI PADRE O DI CHI NE FA LE VECI**Cognome.....Nome.....
Luogo di nascita.....Provincia.....Data.....
Residente in.....Via/Corso.....Cap.....
Codice Fiscale..... Professione.....
Telefono casa..... Telefono cellulare.....
e-mail (IN STAMPATELLO) .. @.....**DATI MADRE O DI CHI NE FA LE VECI**Cognome.....Nome.....
Luogo di nascita.....Provincia.....Data.....
Residente in.....Via/Corso.....Cap.....
Codice Fiscale..... Professione.....
Telefono casa..... Telefono cellulare.....
e-mail (IN STAMPATELLO) .. @.....**NOTE**

- In caso di necessità, se i genitori non sono rintracciabili, telefonare a:

.....
.....

Se i figli iscritti sono due o più, mettere una crocetta nel settore di competenza:

Nome _____	Aula _____	<input type="checkbox"/>	Micronido-Primavera-Infanzia
Nome _____	Classe _____	<input type="checkbox"/>	Primaria
Nome _____	Classe _____	<input type="checkbox"/>	Secondaria di I grado

II.RR. SALOTTO E FIORITO

Via Grandi, 5 - 10098 Rivoli (TO)
tel.: 011/9586731 – 011/9580286

istruzione@pec.salfior.it

direzione.scuolaparitaria@salfior.it

segreteria.paritaria@salfior.it

www.salottofiorito.it

P.IVA: 01905480016



SCUOLE PARITARIE

Micronido
Primavera
Infanzia
Primaria
Secondaria di I Grado

SERVIZI EXTRASCOLASTICI
SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2024/2025

Cognome.....Nome.....

Classe.....

Anticipazione orario dalle ore 7.15 alle ore 8.45: € 40 mensili

Sì

NO

Mensa dalle ore 11.40 alle ore 12.30: € 5,50 a pasto

LUNEDI' Sì NO

MARTEDI' Sì NO

MERCOLEDI' Sì NO

GIOVEDI' Sì NO

VENERDI' Sì NO

Protrazione orario dalle ore 16.00 alle ore 18.30: € 100 mensili

SI'

NO

Rivoli,

FIRMA PADRE FIRMA MADRE

II.RR. SALOTTO E FIORITO

Via Grandi, 5 - 10098 Rivoli (TO)
tel.: 011/9586731 – 011/9580286

istruzione@pec.salfior.it

direzione.scuolaparitaria@salfior.it

segreteria.paritaria@salfior.it

www.salottofiorito.it

P.IVA: 01905480016



SCUOLE PARITARIE

Micronido
Primavera
Infanzia
Primaria
Secondaria di I Grado

**SCUOLA PARITARIA
DELL'INFANZIA**

I sottoscritti Padre: Madre:.....

Genitori di

SI IMPEGNANO

- a versare **entro il 31.01.2024** (in caso di conferma di iscrizione) presso la segreteria didattica la quota di **€ 250 di iscrizione per l'a.s. 2024-2025**, non restituibile, agli Istituti Riuniti Salotto e Fiorito;
- ad effettuare con puntualità il versamento dell'importo relativo al contributo di funzionamento annuale di **€ 2.600**, della mensa e di tutte le attività scelte;
- a corrispondere il pagamento del contributo di funzionamento, anche in caso di impossibilità sopravvenuta - parziale o totale - di erogare il servizio scolastico in presenza (temporanea di cui art. 1256, comma 2 c.c. o parziale ex art. 1464 c.c.), non determinata dall'Istituto ma da cause di forza maggiore.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del Codice Civile:

Noi sottoscritti.....e.....

genitori di.....della classe

dichiariamo di aver preso visione del presente documento.

Rivoli,

Per accettazione:

FIRMA PADRE _____

FIRMA MADRE _____