SERVIZI DI PRE– POST–SCUOLA
ANNO SCOLASTICO 2024/2025

(per le scuole dell'Infanzia Montessori e Andersen e le scuole Primarie Don Milani e Buozzi di Brandizzo)

DESCRIZIONE:

- Il **PRE - SCUOLA** prevede l'apertura anticipata del Plesso alle **ore 7.30**, fino all'inizio delle lezioni.
- Il **POST - SCUOLA** prevede il termine dell'orario scolastico posticipato fino alle **ore 17.30**.

I servizi si svolgeranno fino alla fine dell'anno scolastico, dal lunedì al venerdì, in presenza di almeno **6 richieste per il PRE e 8 richieste per il POST (per ogni plesso scolastico)**.

COSTI:

- Per il servizio di **PRE scuola** è previsto il pagamento di una **quota mensile di € 22,00 (33,00 EURO SE NON SI RAGGIUNGE IL NUMERO MINIMO)**.
- Per il servizio di **POST scuola** è previsto il pagamento di una **quota mensile di € 26,00 (39,00 EURO SE NON SI RAGGIUNGE IL NUMERO MINIMO)**.
- Per **ENTRAMBI I SERVIZI** è previsto il pagamento di una **quota mensile di € 45,00 (67,50 EURO SE NON SI RAGGIUNGE IL NUMERO MINIMO).**

** Settembre 2024 **retta INTERA** *22€ PRE o 26€ post o 45€ entrambi* (**NO** **TESSERA**)
** da Ottobre 24 a Maggio 25 **retta INTERA** *22€ PRE o 26€ post o 45€ entrambi* (oppure **TESSERA**)
** Giugno 2025 il servizio NON è previsto per le scuole Don Milani e Buozzi, mentre è presente per tutto il mese per le scuole Montessori e Andersen con **retta INTERA**

- Per il servizio **10 Ingressi PRE e/o POST scuola** (**TESSERA** INGRESSI SINGOLI) è previsto il pagamento di una **quota mensile di € 15,00 da Ottobre 23 a Maggio 24**
  I 10 ingressi sono usufruibili nel mese richiesto e non sono cumulabili col mese successivo.

IL SERVIZIO EXTRA POST FINO ALLE ORE 18.00 E' INCLUSO NELLA QUOTA.

Tessera Associativa Obbligatoria € 10,00

Validità 1 anno scolastico, **da saldare con la prima mensilità**, comprensiva di assicurazione Rct.

PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
ASSOCIAZIONE MANI E MANINE
IBAN IT77F0326831030052841403560 (BANCA SELLA)
CAUSALE: PRE/POST SCUOLA mese_____del minore _____SCUOLA_____

- Possibilità di pagamento Quadrimestrale (Ottobre/Gennaio e Febbraio/Maggio) con sconto del 10%

I PAGAMENTI DEVONO PERVENIRE ENTRO IL 20 DEL MESE PRECEDENTE PENA L'ESCLUSIONE DAL SERVIZIO.

(IL *PRIMO* PAGAMENTO del MESE DI Settembre 24 DEVE AVVENIRE entro il giorno 06/09/24 E BISOGNA PRESENTARE LA CONTABILE TRAMITE MAIL che deve comprendere la Tessera Associativa di 10€)

MODALITA' DI ISCRIZIONE:

Gli interessati dovranno compilare e re-inoltrare via mail all'indirizzo *assmaniemanine@gmail.com* entro il giorno 15 di ogni mese precedente la fruizione del servizio richiesto, i seguenti allegati:

- MODULO ISCRIZIONE SERVIZI DI PRE–POST/SCUOLA
- DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO PER L'A.S. 24/25

DISDETTA ISCRIZIONE:

La rinuncia al servizio va comunicata via mail all'indirizzo assmaniemanine@gmail.com entro il giorno 20 del mese precedente, in caso di mancata comunicazione, la quota verrà richiesta in caso di nuova adesione al servizio.

MODULO ISCRIZIONE SERVIZI DI PRE– POST/SCUOLA
A.S. 2024/2025

GENITORE

Il/la sottoscritto/a_____nato a _____

Il_____residente a _____

in Via_____cell._____

cod.fiscale_____e-mail*: _____

**(acconsento ☐ non acconsento ☐ all'invio di comunicazioni inerenti al servizio)*

CHIEDE

A Favore del figlio/a _____

Nato/a a_____il_____Cod.Fisc._____

alunno/a della scuola (nell'a.s. 2023/2024)_____classe___sezione____

Di poter usufruire dei seguenti servizi organizzati per l'anno scolastico 2024/2025:

☐ PRE-scuola ☐ POST–scuola ☐ ENTRAMBI

☐ 10 INGRESSI (a scelta tra PRE e/o POST nell'arco del mese)

****

☐ Pagamento Mensile

☐ Pagamento Quadrimestrale

E NEL CONTEMPO:

- ✓ **SI IMPEGNA al pagamento** del corrispettivo fissato dall'Associazione, entro e non oltre il termine del giorno 20 del mese precedente alla fruizione del servizio.
- ✓ **È CONSAPEVOLE CHE** l'ammissione al servizio avverrà solo se non ci sarà morosità pregressa.
- ✓ **È CONSAPEVOLE CHE** il pagamento di ogni mensilità sarà dovuto anche in caso di assenze.

✓ DELEGA PER IL RITIRO DA SCUOLA DEL PROPRIO FIGLIO/A Le seguenti persone:

COGNOME E NOME_____N. DOC IDENTITA'_____

COGNOME E NOME_____N. DOC IDENTITA'_____

COGNOME E NOME_____N. DOC IDENTITA'_____

- Dichiaro di sollevare l'Associazione da qualsiasi responsabilità conseguente.
- Prendo atto che la responsabilità dell'Associazione cessa dal momento in cui il/la proprio /a figlio/a viene affidato alla persona delegata.

Data _____ FIRMA _____