

PROGETTO “COMUNITA’ EDUCANTE”

Il progetto “Comunità educante” ha l'obiettivo generale di affermare il principio della scuola come “scuola aperta che insieme alla comunità educa”, la scuola come luogo di relazioni, come comunità di dialogo, di ricerca, di esperienza sociale, informata ai valori democratici e volta alla crescita della persona in tutte le sue dimensioni, capace di attivare tutte le risorse presenti nella più ampia comunità civile e sociale di cui è parte, al fine di aprire a nuovi spazi e azioni collettive. Per questo motivo al progetto collaborano: scuole della Valdinievole, famiglie, Comuni, terzo settore, operatori dei servizi pubblici, fondazioni ecc.

Il progetto prevede tante varietà di attività rivolte ai bambini/e e ragazzi/e delle scuole primarie e secondarie di primo grado della Valdinievole. Tra queste e a titolo di esempio:

- *Supporto nello svolgimento delle lezioni;*
- *Attività laboratoriali (arte, cucina, musica, narrazione, teatro ecc.)*
- *Attività ludico-motorie e/o sportive (basket, skateboard, rugby, ecc.)*
- *Percorsi di educazione multiculturale*
- *Percorsi formativi orientati alla valorizzazione delle responsabilità genitoriali e alla corresponsabilità educativa scuola-famiglia;*
- *Attivazione Sportelli psicologici e di ascolto*
- *Percorsi di sostegno ai ragazzi/e con fragilità (BES, DSA).*

Informazioni aggiuntive sul progetto:

- *non è previsto il servizio di trasporto al termine dell'attività;*
- *contributo volontario da parte delle famiglie per l'attività di **euro 180 ,00** a quadrimestre, a carico delle famiglie, da **pagare anticipatamente** e da presentare all'Ufficio dove è stata effettuata l'iscrizione.*

SCHEDA D'ISCRIZIONE

INSERIRE IL NOME DELLA SCUOLA E IL COMUNE _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____ tel./cell. _____
email _____

genitore/tutore legale di _____
nato/a a _____ (____)
il _____
residente a _____ (____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____

frequentante la classe _____ tempo _____ (indicare modulo o tempo pieno)

ISCRIVE

il/la proprio/a figlio/a alle attività pomeridiane come sopra descritte nei seguenti giorni e orari*:

- ☐ Tutti i giorni dal lunedì al venerdì (fino alle ore ____)
oppure dalle _____ alle ore ____
- ☐ Solo nei giorni di: lunedì – martedì – mercoledì – giovedì – venerdì
dalle _____ alle ore _____

dichiara la sussistenza di:

- ☐ Certificazione disabilità (se Si indicare il Comma) _____
- ☐ Allergie
 ☐ SI (se hai barrato SI, indica la tipologia di allergia _____)
 ☐ NO
- ☐ Necessità di **farmaci salvavita o indispensabili**, che richiedono la somministrazione in caso di emergenza da parte di una figura addestrata all'occorrenza, pertanto, allega certificato medico (ai sensi dell'art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 AUTORIZZO al trattamento dei dati personali presenti nella scheda d'iscrizione

Data _____

Firma _____

INOLTRE
AUTORIZZA IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A
a frequentare il suddetto progetto nella seguente modalità*:

possibilità di		
INGRESSO	USCITA	
GIORNO	ENTRATA	USCITA
LUNEDI		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		

Con le seguenti modalità:

	uscita del minore in autonomia
	uscita con genitore/tutore o persona delegata
	Scuolabus – (DOVE PREVISTO)

PASTO

	MENSA
	NO MENSA
	PRANZO AL SACCO

In caso di uscita con delegato indicate il nome e cognome delle persone delegate

NOME E COGNOME DELEGATO	N° DOCUMENTO

USCITE

	AUTORIZZO
	NON AUTORIZZO

il minore a partecipare agli spostamenti che avvengono all'interno degli orari delle attività del progetto/servizio
suddetto accompagnato dagli educatori di riferimento

Data , _____

Firma _____

SOCIETA' DELLA SALUTE
DELLA VALDINIEVOLE

Via Cesare Battisti, 31 51017 – Pescia (PT)

Codice Fiscale 91025730473



SCHEDA DI ISCRIZIONE

*** Barrare l'opzione che interessa.**

Data_____

Firma_____

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679 AUTORIZZO al trattamento dei dati personali presenti nella scheda d'iscrizione

Data_____

Firma_____

Versamento quota compartecipazione famiglie

SI INFORMA CHE LA QUOTA DI 180,00 EURO A POTRÀ ESSERE VERSATA A NOME DEL BAMBINO/A PARTECIPANTE AL PROGETTO IN UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

TRAMITE BONIFICO BANCARIO:

IT 03 E 03069 24904 100000046013

TRAMITE BOLLETTINO POSTALE:

N. 8579273 intestato SOCIETA' DELLA SALUTE VALDINIEVOLE – SERVIZIO TESORERIA

NELLA CAUSALE DOVRÀ ESSERE SCRITTO

Quota volontaria progetto Comunità Educante a.s. 2026/2027 - 1° Quadrimestre - Istituto Comprensivo*_____

*(*da specificare presso quale Istituto il bambino/a frequenta)*