



DOPO SCUOLA OGGI RI-ESCO



*servizio di sostegno alla studio e
aiuto compiti*

per i ragazzi delle scuole medie

13 Ottobre 2026- 28 Maggio 2027

**Se studiamo insieme
tutto sarà più facile!**

*Troverai ragazzi della tua età che
insieme ad educatori ti aiuteranno
qualora tu ne abbia bisogno...
è un po' come stare a casa, ma
almeno qui sei in compagnia e senza
distrazioni! (o quasi!)*



**START UP
MARTEDI' 13 OTTOBRE
ORE 14.00**



Casa delle Associazioni
Via Gerli n°24
San Giorgio su Legnano



Organizzazione

Il servizio compiti sarà attivo nei seguenti giorni
Martedì e Giovedì presso la casa delle Associazioni
Ore 14.00 - 14.45 accoglienza e pranzo al sacco
Ore 14.45 - 16.15 compiti e studio assistito
Ore 16.15 - 16.30 gioco

Venerdì

Ore 14.00 - 14.45 accoglienza e pranzo al sacco
Ore 14.45 - 15.45 compiti
Ore 16.00 - 17.00 attività (gioco e/o laboratori) presso
oratorio maschile di San Giorgio su Legnano

IBAN: IT45S0840432690000000022175

Noi sottoscritti (nomi dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale):

Genitore _____

Nostro/a figlio/a

CODICE FISCALE del minore |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

In data.....

Residente a

Recapiti (genitore/i): telefonoIndirizzo mail

Insegnanti di riferimento per colloqui con la scuola Classe A.S. 2026 / 2027

a partecipare al servizio DOPO SCUOLA "OGGI Ri-ESCO" presso la casa delle Associazioni in via Gerli 24 e presso l'oratorio S. Filippo Neri, via Roma 5, San Giorgio su Legnano (venerdì pomeriggio)

Una volta terminate le attività, nostro/a figlio/a tornerà a casa in autonomia. Solleviamo dunque l'Associazione e la Parrocchia da ogni responsabilità dopo l'uscita di nostra/o figlia/o dal Servizio .

SEGNALIAMO INOLTRE CHE (barrare una delle tre caselle)

- Nostro figlio non ha patologie in atto, problemi cronici di salute, allergie ad alimenti o sostanze presenti negli oggetti.

- Nostro figlio soffre di (segnalare eventuali allergie alimentari, a sostanze contenute negli oggetti, patologie croniche o problemi rilevanti di salute): _____

- È presente una DIAGNOSI FUNZIONALE (DSA, DVA, A.D.H.D.) e/o è stato riconosciuto come ragazzo/a con BES (BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI): specificare tipologia e intensità_____

AUTORIZZIAMO

□ INOLTRE LA PARROCCHIA B.V. ASSUNTA, HAKUNA MATATA APS di BUSTO GAROLFO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI NOSTRO FIGLIO, LIMITATAMENTE A QUANTO CONCERNE I SEGUENTI DATI OBBLIGATORI: Cognome e nome, Luogo e data di nascita, Residenza, contatto telefonico e/o mail E AL TRATTAMENTO DELL'IMMAGINE e DEI DATI SENSIBILI DI NOSTRO FIGLIO, ESCLUSIVAMENTE PER LE ATTIVITÀ EDUCATIVE SVOLTE ALL'INTERNO DEL PROGETTO, AI SENSI DEL d.lgs. 30/06/2003 n°196 e del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR).

Firma Genitore

DICHIARIAMO

di essere essere stati debitamente informati dagli operatori sulle modalità operative di lavoro educativo diretto e nella rete territoriale, sull'organizzazione del Servizio e di accettare la proposta presentata.

Firma Genitore _____



 339-5352353 Alessandro
dalle 18.00 alle 20.00 (no martedì e venerdì)