



**“GRANDE VIAGGIO INTORNO AL MONDO”
MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO DUEVILLE 2024**

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE _____ residente a _____
in Via _____ tel. casa _____ cell. _____ e-mail _____

altri riferimenti telefonici da contattare in caso di emergenza:

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____ Tel. 1: _____

NOME E COGNOME _____ PARENTELA _____ Tel. 2: _____

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ frequentante la scuola _____

classe _____ del Comune di _____ nell'anno scolastico 2023/2024

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di CENTRO ESTIVO 2024 “GRANDE VIAGGIO INTORNO AL MONDO”

Tutte le attività si svolgeranno a Dueville presso la scuola dell'infanzia G. Rodari

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

Part Time (SENZA PRANZO)

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
<input type="checkbox"/>	1° settimana dal 01/07 al 05/07	7.30	12.30
<input type="checkbox"/>	2° settimana dal 08/07 al 12/07	7.30	12.30
<input type="checkbox"/>	3° settimana dal 15/07 al 19/07	7.30	12.30
<input type="checkbox"/>	4° settimana dal 22/07 al 26/07	7.30	12.30
<input type="checkbox"/>	5° settimana dal 29/07 al 02/08	7.30	12.30
<input type="checkbox"/>	6° settimana dal 05/08 al 09/08	7.30	12.30

Tempo pieno

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
<input type="checkbox"/>	1° settimana dal 01/07 al 05/07	7.30	16.00
<input type="checkbox"/>	2° settimana dal 08/07 al 12/07	7.30	16.00
<input type="checkbox"/>	3° settimana dal 15/07 al 19/07	7.30	16.00
<input type="checkbox"/>	4° settimana dal 22/07 al 26/07	7.30	16.00
<input type="checkbox"/>	5° settimana dal 29/07 al 02/08	7.30	16.00
<input type="checkbox"/>	6° settimana dal 05/08 al 09/08	7.30	16.00



L'opzione TEMPO PIENO verrà attivata con un minimo di 10 bambini iscritti.

COSTI:

RESIDENTI	NON RESIDENTI
PART TIME: 50,00 EURO	PART TIME: 80,00 EURO
TEMPO PIENO: 85,00 EURO	TEMPO PIENO: 115,00 EURO

La scontistica per i residenti è applicabile per un massimo di due settimane acquistate. Dopodiché i prezzi torneranno ad essere uguali a quelli dei NON RESIDENTI.

☐ **Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003**

DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a

☐ non presenta problematiche di salute

☐ presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

che richiedono i seguenti accorgimenti:

Altre informazioni di rilievo:

☐ Dichiaro che mio figlio/a non è affetto/a da malattie cardiovascolari o compromettenti una sana attività fisica e sollevo la Cooperativa da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

NB: SE IL BAMBINO HA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE, AL BISOGNO, DI FARMACI SALVAVITA, CONTATTARE COOPERATIVA MARGHERITA PRIMA DELL'AVVIO DEL SERVIZIO.

Data _____

Firma del genitore _____

ISCRIZIONI ENTRO E NON OLTRE VENERDI' 24 MAGGIO 2024

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL centriestivi@cooperativamargherita.org
Per informazioni: centriestivi@cooperativamargherita.org, 351/6647740