



“GRANDE VIAGGIO INTORNO AL MONDO”
MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO COLCERESA 2024
BAMBINI DAI 6 AI 14 ANNI

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

genitore di

COGNOME _____ NOME _____ nato a _____ il _____
CODICE FISCALE _____ frequentante la scuola _____ classe _____ nel Comune
di _____

richiede l'iscrizione

del proprio figlio all'attività di CENTRO ESTIVO 2024

Tutte le attività si svolgeranno presso la scuola secondaria di primo grado “A. De Gasperi”, Via Nogaredo 33, Colceresa

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

☐ **OPZIONE PART TIME** (Uscita PRIMA di pranzo)

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
☐	1° settimana dal 01/07 al 05/07	8.00	12.30
☐	2° settimana dal 08/07 al 12/07	8.00	12.30
☐	3° settimana dal 15/07 al 19/07	8.00	12.30
☐	4° settimana dal 22/07 al 26/07	8.00	12.30

☐ **OPZIONE TEMPO PIENO**

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
☐	1° settimana dal 01/07 al 05/07	8.00	16.30
☐	2° settimana dal 08/07 al 12/07	8.00	16.30
☐	3° settimana dal 15/07 al 19/07	8.00	16.30
☐	4° settimana dal 22/07 al 26/07	8.00	16.30

Necessito dell'ingresso anticipato (7.30/8.00)

- ☐ Sì
☐ No



Quote settimanali	1° FIGLIO	2° FIGLIO	3° FIGLIO
PART TIME	50,00 EURO	40,00 EURO	30,00 EURO
TEMPO PIENO	75,00 EURO	60,00 EURO	45,00 EURO

☐ **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 _____

Tale modulo va compilato in ogni sua parte e riconsegnato scannerizzato all'indirizzo mail centriestivi@cooperativamargherita.org **ENTRO E NON OLTRE venerdì 24 Maggio**

QUALSIASI VARIAZIONE IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE IN QUESTO MODULO VA COMUNICATA A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL centriestivi@cooperativamargherita.org entro e non oltre il 24 maggio 2024.

Per informazioni centriestivi@cooperativamargherita.org 351/6647740