



MODULO DI PRE-ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO THIENE 2026

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 2026

Tutte le attività si svolgeranno presso la scuola primaria C. COLLODI di THIENE

Voglio iscrivere mio/mia figlio/a:

Barrare l'opzione scelta	Tipo di adesione	Dalle	Alle
<input type="checkbox"/>	1° settimana dal 08/06 al 12/06	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	2° settimana dal 15/06 al 19/06	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	3° settimana dal 22/06 al 26/06	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	4° settimana dal 29/06 al 03/07	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	5° settimana dal 06/07 al 10/07	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	6° settimana dal 13/07 al 17/07	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	7° settimana dal 20/07 al 24/07	8.00	13.00
<input type="checkbox"/>	8° settimana dal 27/07 al 31/07	8.00	13.00

con la possibilità di richiedere l'entrata anticipata dalle 7.30 senza costi aggiuntivi.

IL COSTO SETTIMANALE è DI 60,00 €.

Si specifica che, al fine di agevolare la gestione delle risorse e l'organizzazione delle attività, per noi è fondamentale disporre di un prospetto chiaro sull'andamento delle iscrizioni.

Vi chiediamo pertanto di essere precisi nella prenotazione delle settimane e di effettuare il pagamento entro la data indicata nel modulo (precedente all'avvio del CRE).



Per tali motivi, nel caso in cui venga richiesta l'**AGGIUNTA DI UNA SETTIMANA** a CRE già avviato, sarà nostra facoltà accettare o meno la richiesta.

Eventuali **DISDETTE DI ISCRIZIONE** non saranno accettate a CRE avviato, ma esclusivamente entro la data di chiusura delle iscrizioni.

USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a esclusivamente a me stesso o all'altro genitore:

COGNOME e NOME _____ TEL. _____

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a alle persone di mia fiducia (maggiorenni) indicate di seguito:

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

COGNOME e NOME _____ TEL. _____;

autorizzo mio figlio ad uscire da solo (4° e 5° elementare)

Data _____

Firma del genitore _____

LIBERATORIA

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori qualora mio figlio/a non osservi il regolamento che prevede l'osservanza delle norme di buon comportamento e civile convivenza, rispetto verso i compagni, il personale, i locali e le strutture, facendomi carico, in caso di danni provocati da mio figlio/a, del loro totale risarcimento.

Data _____

Firma del genitore _____

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.

Vi chiediamo gentilmente di comunicarci, tramite questo modulo d'iscrizione nell'apposito spazio sottostante oppure telefonicamente (con possibilità di fissare anche un appuntamento in presenza, ove necessario), eventuali patologie fisiche, bisogni speciali, disturbi dell'apprendimento, disturbi del neuro-sviluppo.

Cooperativa Margherita opera all'insegna dell'inclusività, promuovendo la partecipazione di ogni individuo.



Proprio per questo abbiamo bisogno di essere a conoscenza di eventuali esigenze specifiche dei vostri figli, così da poter promuovere al meglio il loro benessere e favorire una piena integrazione all'interno del gruppo.

Data _____

Firma del genitore _____

Tale modulo va compilato in ogni sua parte e riconsegnato scansionato all'indirizzo mail centriestivi@cooperativamargherita.org **ENTRO E NON OLTRE venerdì 15 Maggio 2026**

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 15 maggio 2026.**

Per info: centriestivi@cooperativamargherita.org

Responsabile del Servizio 351/6647740 dalle 8.30 alle 18.00