

MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO "E-STATE CON NOI"

La Nuvola Soc. Coop Sociale

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____

C.F. _____

intende iscrivere con la presente suo/a figlio/a al Centro Estivo "E-STATE CON NOI" organizzato a cura e nei locali in gestione alla cooperativa LA NUVOLO, in applicazione dei protocolli imposti quest'anno all'attività dei Centri Estivi.

DATI DEL/DELLA BAMBINO/A (scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Indirizzo _____ CAP _____ CITTÀ _____

CODICE FISCALE _____

Indirizzo E-Mail (per ogni comunicazione) _____

- 08.00 - 12.00: 80€ a settimana (NO PRANZO)
- 08.00 - 14.00: 105€ a settimana
- 08.00 - 16.00: 130€ a settimana
- 08.00-18.00 (solo sede montemorcinò) 150€

Dal 3 al 7 luglio	Dal 10 al 15 luglio	Dal 17 al 21 luglio	Dal 24 al 28 luglio	Dal 31 luglio al 4 agosto	Dal 7 al 11 agosto	Dal 14 al 18 agosto

(indicare con una croce la o le settimane prenotate)

Manifestazione di interesse per la settimana dal **28 al 31 agosto**, apertura del servizio con MIN. 8 BAMBINI.
(BARRARE CON UNA X):

SI	NO

Il costo è da intendersi settimanale e l'iscrizione si ritiene accettata con il pagamento della prima settimana a titolo di caparra non rimborsabile, tramite bonifico **(IBAN IT 64 P 05034 03001000000002102 – causale:centero estivo + nome e cognome del bambino+ nome e cognome del genitore)**.

Per le settimane successive il pagamento va effettuato entro il primo giorno della settimana di frequenza o con pagamento totale delle settimane, presentando, il primo giorno di frequenza, copia cartacea del bonifico effettuato in entrambi i casi.

Le settimane prenotate in sede di iscrizione vanno saldate a prescindere dalla loro frequenza.

IL PARTECIPANTE SOFFRE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE?

SI

NO

(in caso positivo, specificare quali nell'apposito spazio)

Allergie alimentari (se necessario allegare tabella dietologica): _____

Allergie ai farmaci di seguito specificati: _____

Terapie in atto: _____

Altre precisazioni e informazioni da tenere in evidenza: _____

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara espressamente di acconsentire al trattamento dei dati personali (compresi quelli inerenti lo stato di salute) in relazione alle attività di gestione del servizio al quale si chiede l'iscrizione, come da allegata dichiarazione.

Dichiara inoltre, avvalendosi delle disposizioni di cui agli art.5, 46 e 47 (ed all'art. 3 qualora sia cittadino di altro Stato UE o extra-UE) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. N. 45/2000 e successive modifiche e/o integrazioni, di essere consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci

PERSONE AUTORIZZATE AL RECUPERO DEL BAMBINO

Il sottoscritto genitore autorizza espressamente gli educatori a consegnare il/la proprio/a figlio/a, in sua assenza e vece, esclusivamente alle persone dettagliate nel presente modulo (indicare nome, cognome, ruolo ed allegare copia di un documento di identità):

1) _____

2) _____

REPERIBILITÀ TELEFONICA : PADRE _____ MADRE _____

ALTRI (specificare): _____

FATTURARE A: _____ C.F. _____

Indirizzo , data e luogo di nascita (se diverso da quello del genitore che sottoscrive questa richiesta di iscrizione)

Il sottoscritto Genitore dichiara di essere a conoscenza dei luoghi e degli orari delle attività e solleva sin da ora espressamente gli organizzatori e gli animatori da ogni responsabilità relativa ad eventuali danni che il/la proprio/a figlio/a possa arrecare a se stesso, ad altre persone e/o alle strutture a seguito di comportamenti difforni dalle regole e comunicazioni fornite di volta in volta dallo staff di servizio.

Perugia, li _____

FIRMA _____