

MODULO ISCRIZIONE "FATTORIA DEI FIORI"

PADRE: Il sottoscritto _____ nato a _____ (____)
il _____ padre/esercente la patria potestà
residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____ (____)
C.F. _____ tel. _____ email
_____@_____

MADRE: La sottoscritta _____ nata a _____ (____)
il _____ madre/esercente la patria potestà
residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____ (____)
C.F. _____ tel. _____ email
_____@_____

CHIEDIAMO

L'iscrizione al centro estivo "i ragazzi di Campaz" per il proprio figlio/a _____ nato/
a a _____ (____) il _____, C.F. _____
frequentante la classe _____ presso _____, versando la caparra a
titolo cauzionale per il contributo previsto per il servizio offerto di euro _____, _____ e prenotando i
periodi sotto indicati, esclusi sabato e festivi.

| PRENOTAZIONE | SETTIMANA | PART TIME | PART TIME PROLUNGATO | FULL TIME |
|--------------|---|-----------|----------------------|-----------|
| | 1^ sett. dal 02 al 06 luglio 2018 | | | |
| | 2^ sett. dal 09 al 13 luglio 2018 | | | |
| | 3^ sett. dal 16 al 20 luglio 2018 | | | |
| | 4^ sett. dal 23 al 27 luglio 2018 | | | |
| | 5^ sett. dal 30 luglio al 3 agosto 2018 | | | |
| | 6^ sett. dal 06 al 10 agosto 2018 | | | |
| | 7^ sett. dal 13 al 17 agosto 2018 | | | |
| | 8^ sett. dal 20 al 24 agosto 2018 | | | |
| | 9^ sett. dal 27 al 31 agosto 2018 | | | |

La presente ha valore di pre-iscrizione e vincola l'associazione alla riserva del posto e i firmatari al versamento del deposito cauzionale non rimborsabile del 50% del contributo totale. La caparra verrà restituita se non verrà raggiunto il numero minimo di partecipanti previsti. **In caso di malattia la settimana pagata verrà posticipata previo certificato del medico curante del Bambino.**

Si prega di versare la caparra a: **SOCIETA' SEMPLICE AGRICOLA FATTORIA DEI FIORI**, IBAN IT88B0814061310000012052624 causale: CAPARRA CENTRO ESTIVO I RAGAZZI DI CAMPAZ

Belluno, li _____

FIRMA PADRE/ESERCENTE LA TUTELA
TUTELA

FIRMA MADRE/ESERCENTE LA

Si rende noto che al primo giorno di frequentazione dovrà obbligatoriamente portare il certificato del medico di base per attività sportiva non agonistica o copia di eventuali certificati medici per attività sportive in corso di validità.

INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI:

INTOLLERANZE/ALLERGIE FARMACI:

NUMERI DI TELEFONO DI EMERGENZA:

1. _____ riferimento (_____)

2. _____ riferimento (_____)

Persona autorizzata o delegata al ritiro: _____ nato a _____
(_____)

il _____ fotocopia del documento n. _____ se diverso dai genitori indicati a
pag.1

Persona autorizzata o delegata al ritiro: _____ nato a _____
(_____)

il _____ fotocopia del documento n. _____ se diverso dai genitori indicati a pag.1

- gradisco che durante le ore pomeridiane vengano fatti svolgere i compiti per le vacanze assegnati

Attività preferita:

Attività non tollerata:

Belluno, li _____

FIRMA PADRE/ESERCENTE LA TUTELA
TUTELA

FIRMA MADRE/ESERCENTE LA