



CENTRO ESTIVO 2024

Modulo di Iscrizione

Si prega di compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte

BAMBINO (nome e cognome) _____

INDIRIZZO Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____ Prov. _____ e-mail _____

Luogo di nascita _____ il _____

TELEFONI Casa _____ cell. Madre _____ cell. Padre _____

MADRE (nome e cognome) _____

PADRE (nome e cognome) _____

Numeri da contattare in caso di necessità: _____ - _____

Autorizzazioni per accompagnamento/prelievo:

Cognome e Nome	Documento

Nessun/a iscritto/a sarà accolto/a e lasciato/a tornare a casa se non con i genitori o con persone autorizzate, di cui venga consegnata fotocopia di documento di identità.

Settimane alle quali si chiede l'iscrizione:

- ☐ 1-6 luglio
- ☐ 8-13 luglio
- ☐ 15-20 luglio
- ☐ 22-27 luglio
- ☐ 29 luglio-3 agosto
- ☐ 5-10 agosto
- ☐ 12-17 agosto
- ☐ 19-24 agosto
- ☐ 26-31 agosto
- ☐ tutte le 9 settimane

DATA

FIRMA DEL GENITORE



CENTRO ESTIVO 2024

Modulo di Iscrizione

Si prega di compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

In data _____ residente a _____

In via _____

Dichiara che mio figlio/a _____

Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del campo estivo (attività ricreative e manuali, escursioni a piedi, giochi all'aperto, attività sportiva c)

SEGNALAZIONI

Allergie _____

Intolleranze alimentari _____

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la Confraternita Misericordia di Porto Azzurro da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo

DATA

FIRMA DEL GENITORE

REGOLAMENTO

Segnalazioni:

Allergie, Intolleranze alimentari, esigenze di diete particolari (allegando certificato medico)

REGOLAMENTO:

A. Modalità di iscrizione

L'iscrizione dovrà essere effettuata compilando in ogni sua parte l'apposito modulo allegato.

Tale modulo dovrà essere compilato dall'esercente/i la potestà parentale. Esso dovrà poi essere consegnato a mano presso la sede della Misericordia, oppure spedito tramite mail al seguente indirizzo:

miseportoazzurro@yahoo.it allegando contestualmente copia del pagamento effettuato tramite bonifico di € 50,00 inserendo come causale: "ACCONTO + NOME e COGNOME del bambino" che vale come anticipo sulla prima quota settimanale che corrisponde alla conferma di iscrizione ai campi solari.

B. Quota e diritto del partecipante

La quota di iscrizione settimanale al Centro Estivo è di € 120,00 che comprende la polizza assicurativa, il materiale necessario all'attività, il pranzo nella sede del centro estivo e il pranzo al sacco previsto per il/i giorno/i di attività al mare/escursioni.

Per il secondo figlio è prevista una riduzione del 20% sulla quota settimanale e del 30% per il terzo figlio e successivi.

Lo sconto si effettua solamente per i bambini che frequentano l'intera giornata.

Si ricorda che, la priorità sulla graduatoria finale di iscrizione verrà data ai frequentanti per l'intero periodo.

Quota iscrizione settimanale pranzo escluso (dalle 08:00 fino alle ore 12:30): 80,00 €/ settimana.

Il pagamento anticipato delle quote dovrà avvenire tramite bonifico bancario utilizzando il seguente IBAN, indicando nella causale NOME e COGNOME del bambino e il periodo:

Beneficiario: **Confraternita di Misericordia di Porto Azzurro** - IBAN: IT94D0306970731000000000836

INTESA SAN PAOLO

C. Attività

Sono previste attività esterne alla sede, escursioni e/o visite guidate. I bambini con i loro gruppi di appartenenza saranno accompagnati dagli Educatori di riferimento. A inizio settimana verrà comunicato il programma dettagliato delle eventuali escursioni esterne alla sede del centro estivo.

Luogo e Data _____

Firma _____

Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679):

Si informa che il conferimento dei dati personali identificativi e particolari, è facoltativo ma necessario per l'espletamento del servizio. Il trattamento dei dati è svolto dall'organizzazione del titolare, dai responsabili e/o soggetti autorizzati. I dati personali non saranno in alcun modo oggetto di diffusione, verranno conservati per il periodo di tempo necessario per l'espletamento del servizio e successivamente come per legge. I dati personali sono conservati e trattati sia su supporto cartaceo che informatico. Nell'ambito dell'attività, ai soli fini documentativi formativi e informativi, si realizzeranno FOTO VIDEO o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine e la voce del/la proprio/a figlio/a. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per finalità diverse da quelle sopra indicate.

Debitamente informato in merito al trattamento dei dati personali e dei diritti,

☐ PRESTA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali e quelli del/la proprio/a figlio/a;

☐ PRESTA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

alla realizzazione di foto e/o video, secondo quanto sopra indicato.

Luogo e Data _____

Firma _____