



# ESTATE ARABAM 2021

## RICHIESTA D'ISCRIZIONE

### DATI DEL RICHIEDENTE (obbligatori: si prega di compilare in modo chiaro e in stampato):

Cognome del minore			
Nome del minore			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale			

\*Allegare fotocopia del codice fiscale fronte/retro del minore

Cognome genitore/tutore legale			
Nome genitore/tutore legale			
Referente (nel caso di Enti)			
Comune di Residenza	CAP	Provincia	
Indirizzo di residenza	N. Civico		
Domicilio (se diverso da residenza)			
Codice Fiscale			
Cellulare			
Altri recapiti per urgenze			
E-Mail			

### ORGANIZZAZIONE E COSTI CENTRO ESTIVO

MODALITA' FREQUENZA	ORARI	Quota iscrizione	Costo/sett.	Costo/sett. anticipo	Costo/sett. posticipo
Mattino con mensa	08:00 - 14:00	12,00 €	€ 75,00	€ 10,00	
Mattino e pomeriggio con mensa	08:00 - 17:00	12,00 €	€ 105,00	€ 10,00	€ 15,00

### BARRARE PERIODO E MODALITÀ RICHIESTE

GI= giornata intera (8:00- 17:00); TP= tempo parziale (8:00-14:00); A= anticipo (7:30-8:00); P= posticipo (17:00 – 18:00)

settimana 1 7-11/06	settimana 2 14-18/06	settimana 3 21-25/06	settimana 4* 28/06-2/07	settimana 5 5-9/07	settimana 6 12-16/07	settimana 7 19-23/07
<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI
<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P

settimana 8 26-30/07	settimana 9 2-6/08	settimana 10 9-13/08	settimana 11 16-20/08	settimana 12 23-27/08	settimana 13 30/08-3/09
<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GI
<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TP
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P

\* La settimana 4 (28/06-2/07) non riguarda la fascia 3-6. Il Centro estivo dell'infanzia inizia il 5 luglio, essendo le scuole aperte fino al 30/06.

N.B. Per tutti: eventuali assenze non saranno oggetto di riduzioni, né potranno essere recuperate

**MODALITA' DI PAGAMENTO:**

Il pagamento verrà effettuato anticipatamente, con le seguenti modalità:

- mediante bonifico bancario sul c/c a noi intestato presso Credito Emiliano – ag. Bassano del Grappa - IBAN : IT27Y0303260160010000002289 specificando in causale unicamente il cognome e nome del bambino e l' intervallo frequenza;
- mediante contanti presso l' Ufficio amministrazione di via Museo 23 con i seguenti orari: 07:45 – 12.45.00 ; 14.45: 17:45 - non è presente il terminale POS.

L'attestazione dell'avvenuto versamento dovrà essere inviata prima dell'inizio frequenza al seguente indirizzo e-mail: m.dolores@fondazionepiranicremona.it

**COMPILARE CON CURA E CORREDARE CON CERTIFICATO MEDICO:**

Il sottoscritto genitore / tutore legale, dichiara che il/la minore:

- Ha le seguenti allergie non alimentari \_\_\_\_\_
- Ha le seguenti allergie alimentari \_\_\_\_\_
- NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO D'URGENZA (si allega certificato medico e istruzioni relative alla posologia) \_\_\_\_\_

Manifesta:  problemi cardiaci  problemi respiratori  problemi osteo muscolari  altro

È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da:

Operatore ULSS  Insegnante di sostegno.

Specificare il tipo di problema \_\_\_\_\_

**ALTRE NOTE DA FORNIRE ALL'ORGANIZZAZIONE:****SOTTOSCRIVENDO IL PRESENTE MODULO IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI:**

- esprimere consenso positivo  negare il consenso all'utilizzo di foto o riprese video
- accettare la normativa della privacy apponendo la firma sull'apposito modulo messo a disposizione
- aver sottoscritto il patto di responsabilità reciproca
- impegnarsi al versamento della retta per le settimane richieste, alla conferma di accettazione
- di essere a conoscenza che:
  - le iscrizioni verranno accolte fino all'esaurimento dei posti disponibili
  - il servizio verrà attivato solo a completamento del numero previsto. Somme già versate saranno in caso contrario restituite.
  - non sono previste riduzioni o rimborsi in caso di assenza

Data richiesta d'iscrizione	Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà
-----------------------------	---

**Riferimenti:**

- Coordinatrice: dr.ssa Stefania Fabbro, email: piranicremona@gmail.com, Tel. 0424522415, Via Gobbi 8, Bassano
- Segreteria/ Amministrazione: sig.ra M. Dolores Meneghesso, Tel. 0424522230 int. 2  
email: m.dolores@fondazionepiranicremona.it – Via Museo 23, Bassano

