



L'AREA ESTATE 2019

MODULO DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (*dati del genitore/tutore*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	email:

chiede l'iscrizione di:
(*dati del primo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

10 - 14 giugno	17 - 21 giugno	24 - 28 giugno	01 - 05 luglio
08 - 12 luglio	15 - 19 luglio	22 - 26 luglio	29 luglio - 02 agosto

Giornate: _____

(*dati del secondo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

10 - 14 giugno	17 - 21 giugno	24 - 28 giugno	01 - 05 luglio
08 - 12 luglio	15 - 19 luglio	22 - 26 luglio	29 luglio - 02 agosto

Giornate: _____



IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di aver preso visione della nota informativa dell'iniziativa;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà del minore;
- che si intendono richiedere i Buoni di Servizio alla Provincia Autonoma di Trento;

SI

NO

Se si indicare il monte orario settimanale della mamma: _____

- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati nella fascia prescelta;
- di autorizzare le uscite esterne del/dei proprio/i figlio/i (a piedi, con il pullman o altro mezzo di trasporto);
- di impegnarsi a comunicare entro le ore 8.00 del mattino l'eventuale assenza del minore.

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE PER I MINORI ONLUS

- si riserva la facoltà di non procedere alla realizzazione di iniziative per le quali non venga raggiunto almeno un numero di 10 iscritti;
- accoglierà un massimo di 30 iscritti in settimana (la disponibilità dei posti farà riferimento all'ordine di data di presentazione delle domande);
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
 - o 80% per ritiri entro venerdì 1 giugno 2019;
 - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento, previa presentazione di certificato medico;
 - o nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A (dati del genitore/tutore)

Cognome:	Nome:
----------	-------

COMUNICA

ALLERGIE AGLI ALIMENTI

- che il proprio figlio/figlia non è allergico ad alcun alimento.
 che il proprio figlio/figlia è allergico ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- che il proprio figlio/figlia non è intollerante ad alcun alimento.
 che il proprio figlio/figlia è intollerante ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

AUTORIZZA

le seguenti persone a ritirare il minore presso la sede ove si svolge la colonia estiva:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(le persone autorizzate dovranno esibire carta d'identità o altro idoneo documento identificativo)

AUTORIZZA

Il proprio figlio a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI NO

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE
