

# COLONIA DIURNA 2019 “SPAZIO D’ESTATE”

## INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comunità Alta Valsugana e Bersntol

SEDE DI RIFERIMENTO: Centro diurno di Pergine Valsugana

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: 1 LUGLIO – 2 AGOSTO 2019

DESTINATARI: bambini e ragazzi dai 6 agli 11 anni (rientrano i bambini che hanno concluso la prima elementare fino ai bambini che hanno concluso la quinta elementare)

ORARIO DEL SERVIZIO: DAL LUNEDI’ AL VENERDI’

| FASCIA ORARIA  | ORARIO      | COSTO SETTIMANALE | SCONTI   |
|--|-------------|-------------------|--|
| ANTICIPO   | 07.45-16.00 | €. 110,00         | €10 a settimana sulla quota relativa ad ulteriori altri figli iscritti |
| ORDINARIA  | 08.30-16.00 | €. 100,00         |  |
| POSTICIPO  | 08.30-17.00 | €. 110,00         |  |
| ANTICIPO+POSTICIPO   | 07.45-17.00 | €. 115,00         |  |
| Pranzo incluso per tre giornate e due giorni pranzo al sacco a carico delle famiglie |             |                   |  |

**NB:** Se anticipo o posticipo verrà aggiunto non all’atto dell’iscrizione la quota è 10 euro per ogni fascia che si aggiunge.

Le domande di iscrizione devono essere presentate entro il **30/04/2019** presso il Centro diurno di Pergine Valsugana, Via 3 Novembre Tel. 0461/538128 – cell. 348/7786130- mail: diurnopergine@appm.it

L’organizzazione della colonia consente agli educatori di seguire da vicino i bambini, dare loro attenzione, cogliere i loro bisogni e di proporre un ritmo rilassato di vacanza durante la giornata.

Le proposte educative sono caratterizzate, in particolare, da attività di laboratorio, giochi all’aperto, visite sul territorio e compiti.

## COME PAGARE

La quota complessiva per le settimane scelte dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario **entro e non oltre venerdì 10 maggio 2019**. Qualora non venga rispettato tale termine l’iscrizione sarà considerata nulla.

Chi usufruirà dei Buoni di Servizio pagherà quello che risulterà dal Progetto, quindi farà il bonifico dopo essere passato dall’ufficio a Trento a ritirare il Progetto.

Estremi per il pagamento:

Associazione Provinciale Per i Minori

IBAN: IT55D0830401807000007351908

Causale: **codice 66, nome figlio/a**

## BUONI DI SERVIZIO

Si segnala che esiste la possibilità di usufruire dei Buoni di Servizio, cofinanziati dal Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014/2020 della Provincia Autonoma di Trento. Per ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Paola Scarnato, referente per i buoni di servizio dell’Associazione Provinciale per i Minori, al numero 3457900912 .

## 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

|               |               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 01/07 – 05/07 | 08/07 – 12/07 | 15/07 – 29/07 | 22/07 – 26/07 | 29/07 – 02/08 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|

nella fascia oraria

|                          |                          |                          |                                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Ordinaria<br>08.30-16.00 | Anticipo<br>07.45 -16.00 | Posticipo<br>08.30-17.00 | Anticipo + Posticipo<br>07.45 - 17.00 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|

*(dati del secondo figlio)*

|           |       |
|-----------|-------|
| Cognome:  | Nome: |
| nato/a a: | il:   |

alle seguenti settimane

|               |               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 01/07 – 05/07 | 08/07 – 12/07 | 15/07 – 19/07 | 22/07 – 26/07 | 29/07 – 02/08 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|

nella fascia oraria

|                          |                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Ordinaria<br>08.30-16.00 | Anticipo<br>07.45 -16.00 | Posticipo<br>08.30-17.00 | Anticipo + Posticipo<br>07.45-17.00 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

### 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 ore lavorativo settimanale della madre: \_\_\_\_\_

- 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 8.30 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 il limite minimo di 10 iscritti;
- 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 mercoledì 22 maggio 2019;
  - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento;
  - o nessun rimborso per ritiri successivi (80% in caso di 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/i minore/i presso la sede del Centro Diurno di Pergine, 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/i proprio/i figlio/i a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI  NO

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

---

---