



**MODULO DI ISCRIZIONE 2018**  
**CENTRO ESTIVO IL PALLONCINO ROSSO**



**Dati del frequentante**

Cognome..... Nome.....  
 Classe e scuola (primaria o secondaria) .....  
 Nato/a a..... il.....  
 Residente a..... Via/Piazza..... n.....  
 Tel madre..... Tel padre.....  
 Altro recapito.....  
 Persone autorizzate a prendere l'alunno/a  
 all'uscita: .....

Il bambino/a o ragazzo/a, non verrà lasciato uscire dal servizio da solo o con persone diverse da quelle indicate sul presente foglio.

**Settimane di frequenza**  
(barrare con una X)

SETTIMANE	FULL-TIME (dalle 07:30 alle 17:30) € 125,00 Compresi pasti	PART-TIME (dalle 07:30 alle 14:30) € 95,00 Compresi pasti	PART-TIME MATTINO (dalle 07:30 alle 12:30) € 70,00	PART-TIME POMERIGGIO (dalle 14:30 alle 17:30) € 50,00	PART-TIME (dalle 12.30 alle 17.30) € 70,00 Compresi pasti
11 - 15 Giugno					
18 - 22 Giugno					
25 - 29 Giugno					
02 - 06 Luglio					
09 - 13 Luglio					
16 - 20 Luglio					
23 - 27 Luglio					
30 Luglio - 03 Agosto					
27 - 31 Agosto					
03 - 07 Settembre					

**Si richiede gentilmente di rispettare gli orari di entrata/uscita indicati e prescelti.**



## Dichiarazione allergie e intolleranze alimentari

Io sottoscritto/a.....  
Nato/a .....il.....  
Residente a .....in Via/Pz.....  
Nella mia qualità di genitore del minore.....  
Mio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e intolleranze alimentari :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Si chiede cortesemente sia di allegare una documentazione medica che, in caso il minore assumesse un farmaco specifico, addestrare le Educatrici alla somministrazione di tale farmaco.

## Autorizzazioni

- **Uscite sul territorio:** autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alle uscite sul territorio che verranno organizzate durante l'attività del Centro Estivo anno 2018.  
 AUTORIZZO  NON AUTORIZZO
- **Fotografie/video:** autorizzo le Educatrici a utilizzare e a conservare per finalità educative e culturali, senza limitazioni di spazio, di tempo e senza compenso, la registrazione effettuata a mezzo di pellicola fotografica, nastro magnetico, supporti digitali ed ogni altro supporto esistente, dell'immagine del minore di cui sopra.  
 AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

## Dati Intestazione fattura

Cognome.....Nome.....  
Codice fiscale: .....  
Indirizzo .....  
Indirizzo e-mail:.....

**MODALITA' di PAGAMENTO** prescelta:

- assegno
- ^bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: **IBAN IT51M0840410801000000001943 Credito Cooperativo intestato a Cooperativa Sociale Padanassistenza Lombardia Onlus**

^Nel bonifico è necessario specificare il nome del bambino/a, il numero di settimane frequentate e l'orario prescelto (part-time oppure full-time).

**Il pagamento della retta per le settimane da voi indicate sul presente modulo è dovuto all'atto dell'iscrizione ( salvo accordi diversi concordati con l'amministrazione)**

Per qualsiasi informazione relativa ai pagamenti, potete contattare l'amministrazione della Cooperativa inviando una e-mail a [amministrazione@padanassistenza.it](mailto:amministrazione@padanassistenza.it) oppure chiamando in ufficio al numero **0332/771901** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00 dalle 14.00 alle 18.00, venerdì dalle 8.00 alle 12.00 dalle 14.00 alle 17.00.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

Autorizzo la Cooperativa Sociale CSP al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore