



Summer Camp

Modulo di iscrizione ANNO 2015

Il/La sottoscritto/a (Dati genitore o legale affidatario):

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Il _____

Residente in via _____ N. _____

Città _____ Prov _____ CAP _____

Tel. casa _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

In qualità di: padre madre tutore o legale affidatario

Chiede

l'iscrizione al centro estivo sportivo multidisciplinare "Summer Camp" del minore e dichiara, quanto segue:

Dati ragazzo/a:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Il _____

Residente in via _____ N. _____

Città _____ Prov _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Scuola frequentata _____ di _____

Classe _____ sezione _____

Periodo di frequenza richiesti:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 18.00 (7.30 - 9.00 pre-camp e 17.00 - 18.00 post-camp)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 10 giugno - 12 giugno * | <input type="checkbox"/> 6 luglio - 10 luglio | <input type="checkbox"/> 31 agosto - 4 settembre |
| <input type="checkbox"/> 15 giugno - 19 giugno | <input type="checkbox"/> 13 luglio - 17 luglio | <input type="checkbox"/> 7 settembre - 11 settembre |
| <input type="checkbox"/> 22 giugno - 26 giugno | <input type="checkbox"/> 20 luglio - 24 luglio | |
| <input type="checkbox"/> 29 giugno - 3 luglio | <input type="checkbox"/> 27 luglio - 31 luglio | |

* costo settimanale ridotto del 50%

Trasporto:

Il trasferimento verso la sede del Summer Camp (Noverasco) verrà effettuato:

- Con mezzi propri;
- Con l'utilizzo dell'apposito servizio di trasporto

Informazioni:

Il/la ragazzo/a segue un regime di dieta speciale: no

- Sì, per allergie e/o intolleranze alimentari di cui allego certificato medico;
- Sì, per motivi religiosi /etici (indicare gli alimenti da non somministrare) _____

Il/la ragazzo/a soffre di allergie ambientali:

- no sì, quali? _____

Il/la sottoscritto/a **autorizza** gli educatori/istruttori del Summer Camp a somministrare i seguenti medicinali, in quanto indispensabile per la salute del/lla ragazzo/a, comprovata da documentazione medica allegata e nelle modalità di seguito indicate:

Medicinale	In caso di	Posologia

Costi settimanali all - inclusive:

Il/La sottoscritto/a prende atto delle tariffe settimanali di frequenza al Summer Camp sotto riportate:

- per famiglie **residenti** nei Comuni di Opera e Locate di Triulzi:

Indicare la propria posizione	Fascia ISEE In assenza o in caso di mancata presentazione di attestazione ISEE verrà applicata la tariffa massima	Tariffa
<input type="checkbox"/>	fino a € 7.000,00	€ 60,00
<input type="checkbox"/>	da € 7.000,01 a € 12.000,00	€ 70,00
<input type="checkbox"/>	oltre € 12.000,00	€ 80,00

Ed allega ricevuta di pagamento di € _____ per n. _____ settimane

- per famiglie **non residenti**:

- tariffa unica € 100,00

Si impegna a trasmettere la ricevuta di pagamento di € _____ per n. _____ settimane a seguito di conferma accettazione domanda d'iscrizione.

Alla presente iscrizione si allega:

- Copia **documento d'identità** del genitore o legale affidatario che sottoscrive;
- copia della **dichiarazione ISEE**, in corso di validità e se del caso;
- eventuale **certificato per la dieta** alimentare;
- copia della **tessera sanitaria** del/della ragazzo/a;
- certificato medico di idoneità fisico-sportiva** da parte del medico curante e/o del Centro di Medicina Sportiva (**OBBLIGATORIO** al fine di poter svolgere le attività)
- ricevuta di pagamento** (solo residenti in fase di prima iscrizione, per tutti in caso di settimane integrative)

Data _____

Firma _____

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Liberatoria fotografica

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ genitore o legale affidatario dichiara di

- Autorizzare
- Non autorizzare

il trattamento delle immagini del minore _____ effettuate durante la realizzazione del Summer Camp.

Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

Tali immagini verranno utilizzate dal Comune di Opera, il Comune di Locate di Triulzi e da "Città di Opera A.S.D." esclusivamente a fini informativi, didattici e illustrativi senza perseguire alcun fine di lucro.

Data _____

Firma _____

In collaborazione con:



(A cura dell'ufficio)

Data e ora di consegna del modulo di iscrizione _____