

**CENTRO ESTIVO DI RUSTIGAZZO 2019 | UN'ESTATE DA GUERRIERO DRAGONE**  
scheda di iscrizione

domanda N° \_\_\_\_\_ pervenuta il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a padre/madre (o esercente la potestà)  
Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_  
Residente a\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_  
Cell\* \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_  
E-mail\* \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale\* (per intestazione fattura)

\*campo obbligatorio

(da compilare solo se l'intestatario/a della fattura è differente dal genitore sopraindicato)

Il/La sottoscritto/a padre/madre (o esercente la potestà)  
Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_  
Residente a\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_  
Cell\* \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_  
E-mail\* (per fattura) \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale\*

\*campo obbligatorio

**ISCRIVO IL MINORE**

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_  M  F\*  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio

Al Centro Estivo di Rustigazzo organizzato dalla Cooperativa Sociale L'Arco con il patrocinio del Comune di Lugagnano Val d'Arda nella/e seguente/i settimana/e:

(indicare il periodo e le modalità di adesione\*)

Periodo di adesione		Trasporto
Intero periodo	<input type="checkbox"/> dal 01/07 al 26/07	<input type="checkbox"/>
Alcune settimane	<input type="checkbox"/> dal ____ al ____	<input type="checkbox"/>

Si chiede gentilmente di specificare al coordinatore la richiesta o meno di trasporto (andata e ritorno).

Il Centro verrà attivato con un numero minimo di 15 iscritti.

TOTALE QUOTA VERSATA PER L'ISCRIZIONE € \_\_\_\_\_

#### DELEGA AL RITIRO

Io sottoscritto/a _____			
Genitore/tutore del minore _____			
Dichiaro che mio/a figlio/a, per tutto il periodo di permanenza presso il centro estivo, potrà essere prelevato/a all'uscita dal centro per il rientro a casa, sotto la mia responsabilità, dai signori			
Nome _____	Cognome _____	Tel _____	grado di parentela _____
Nome _____	Cognome _____	Tel _____	grado di parentela _____
Nome _____	Cognome _____	Tel _____	grado di parentela _____

#### USCITA AUTONOMA DEL MINORE

Dichiaro che mio/a figlio/a, sotto la mia completa responsabilità	
<input type="checkbox"/>	potrà uscire in autonomia dal centro per il pasto alle ore _____ e rientrerà alle ore _____
Firma genitore _____	
<input type="checkbox"/>	potrà uscire in autonomia dal centro per il rientro a casa alle ore _____

*Nota:* la richiesta di regimi alimentari specifici può essere accolta solo se accompagnata da certificato medico che attesti la presenza di allergie o intolleranze alimentari.

Si allega certificato medico

**N.B.** L'iscrizione si ritiene regolarmente effettuata se vengono consegnate la domanda di iscrizione compilata e firmata e l'attestazione del versamento presso Centro Educativo Oratorio Don Bosco o Supermercato Sigma di Boiardi a Rustigazzo.

Firma genitore  
(o esercente la potestà)

\_\_\_\_\_