

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 _____

Nominativo Pediatra/Medico _____

*campo obbligatorio

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

(indicare le settimane e le modalità di adesione*)

Settimana		Pomeriggio	Giornata intera	Pranzo
1^settimana	dal 29/06 al 3/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2^settimana	dal 6/07 al 10/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3^settimana	dal 13/07 al 17/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4^settimana	dal 20/07 al 24/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5^settimana	dal 27/07 al 31/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessato/a ad agosto	dal _____ al _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____

ENTRATA E USCITA AUTONOMA DEL MINORE

Dichiaro che mio/a figlio/a, sotto la mia completa responsabilità

potrà entrare in autonomia al centro. Mi impegno a compilare, firmare e consegnare l'autocertificazione per prevenzione COVID 19

Firma genitore _____

potrà uscire in autonomia dal centro per il pasto alle ore _____ e rientrerà alle ore _____

potrà uscire in autonomia dal centro per il rientro a casa alle ore _____

Firma genitore _____

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, la modulistica necessaria e l'attestazione del versamento presso Centro Educativo Oratorio Don Bosco.

Firma genitore

(o esercente la potestà)
