

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 Rustigazzo** 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 |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1^settimana | dal 6/07 al 10/07 | <input type="checkbox"/> |
| 2^settimana | dal 13/07 al 17/07 | <input type="checkbox"/> |
| 3^settimana | dal 20/07 al 24/07 | <input type="checkbox"/> |
| 4^settimana | dal 27/07 al 31/07 | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Interessato/a ad agosto | dal _____ al _____ | <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 nelle modalità concordate col coordinatore

Firma genitore

(o esercente la potestà)