

MODULO DI ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO "BOFFALORELLO 2024"

BAMBINO (nome e cognome) _____

INDIRIZZO Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____ Prov. _____

Data di nascita _____ a _____

TELEFONI Casa _____ cell. Madre _____ cell. Padre _____

MADRE (nome e cognome) _____

PADRE (nome e cognome) _____

CON CHI RISIEME IL MINORE (madre, padre, entrambe i genitori)

PERIODO DAL 10/06 AL 02/08 E DAL 26/08 AL 6/09/2024

ISCRIZIONE € 20 (Esclusi Tesserati Boffalorello)

• **COSTO A SETTIMANA € 130 SPECIFICARE IL PERIODO DI FREQUENZA**

• **Pacchetti + settimane e sconti fratelli - vedi tabella allegata**

1 SETTIMANA: 10/06 al 14/06

2 SETTIMANA: 17/06 al 21/06

3 SETTIMANA: 24/06 al 28/06

4 SETTIMANA: 01/07 al 05/07

5 SETTIMANA: 08/07 al 12/07

6 SETTIMANA: 15/07 al 19/07

7 SETTIMANA: 22/07 al 26/07

8 SETTIMANA: 29/07 al 02/08

9 SETTIMANA: 26/08 al 30/08

10 SETTIMANA: 02/09 al 06/09

PRANZO, MERENDA, ATTIVITA' SPORTIVE ASSICURAZIONE INCLUSI NEL COSTO SETTIMANALE

DATA

FIRMA DEL GENITORE

PAGAMENTO ALL'ISCRIZIONE: In contanti direttamente al centro Sportivo
OPPURE Tramite bonifico IBAN IT25R0503433324000000001938

Specificando Nome Cognome e "CAMPUS ESTIVO" Periodo di frequenza e inviando iscrizione e pagamento
ad boffalorello@gmail.com

| 1 BAMBINO ISCRITTO BOFFALORELLO | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------|--|-------------|--|
| | | | | | |
| 1 SETTIMANA | | 2 SETTIMANA | | 3 SETTIMANA | |
| 130,00 € | | 120,00 € | | 110,00 € | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 1 BAMBINO NON ISCRITTO BOFFALORELLO | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------|--|-------------|--|
| + 20 EURO ISCRIZIONE | | | | | |
| 1 SETTIMANA | | 2 SETTIMANA | | 3 SETTIMANA | |
| 130,00 € | | 120,00 € | | 110,00 € | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 2 BAMBINI ISCRITTI BOFFALORELLO PER 1 SETTIMANA | | | | | |
|---|--|-----------|--|----------|--|
| | | | | | |
| 1 BAMBINO | | 2 BAMBINO | | TOTALE | |
| 130,00 € | | 110,00 € | | 240,00 € | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| PACCHETTO 2 BAMBINI | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|--|--|--|
| 1 SETTIMANA | | 240,00 € | | | |
| 2 SETTIMANA | | 460,00 € | | | |
| 3 SETTIMANA | | 660,00 € | | | |
| ISCRIZIONE X 2 BAMBINI | | | | | |
| NON TESSERATI BOFFALORELLO | | 40,00 € | | | |

| 2 BAMBINI ISCRITTI BOFFALORELLO PER 2 SETTIMANA | | | | | |
|---|--|-----------|--|----------|--|
| | | | | | |
| 1 BAMBINO | | 2 BAMBINO | | TOTALE | |
| 120,00 € | | 100,00 € | | 220,00 € | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 2 BAMBINI ISCRITTI BOFFALORELLO PER 3 SETTIMANA | | | | | |
|---|--|-----------|--|----------|--|
| | | | | | |
| 1 BAMBINO | | 2 BAMBINO | | TOTALE | |
| 110,00 € | | 90,00 € | | 200,00 € | |
| | | | | | |
| | | | | | |

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

in data _____ residente a _____

in via _____

Dichiara che mio figlio/a _____

Risulta essere in stato di buona salute* ed è in grado di svolgere le attività proposte

durante il periodo di frequentazione del centro estivo (attività ricreative e manuali, giochi all'aperto).

SEGNALAZIONI

Allergie _____

Intolleranze alimentari _____

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo "Boffalorello S.S.D. ARL" da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

* Si richiede certificato medico di buona salute

Il programma delle attività potrà subire delle variazioni in base ad eventuali esigenze organizzative e alle condizioni meteorologiche.

Il personale del centro estivo NON può somministrare medicinali di qualsiasi natura. Inoltre, declina ogni responsabilità per lo smarrimento di oggetti o indumenti (si consiglia pertanto di non portare oggetti di valore o di facile perdita e, ove possibile, di indicare il nome sopra di essi).

DATA FIRMA DEL GENITORE

**TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI
DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E VIDEO
(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

lo sottoscritto _____ nato a _____

in data _____ residente a _____

in via _____

lo sottoscritta _____ nata a _____

in data _____ residente a _____

in via _____

Genitori del/la bambino/a _____

AUTORIZZIAMO

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

AUTORIZZIAMO

l'utilizzo di macchine fotografiche e/o telecamere nell'ambito dei progetti e delle attività svolte. Le fotografie/video potrebbero essere utilizzate, trattate ai sensi della legge oltre che per finalità di documentazione interna, anche per la diffusione esterna.

DATA

FIRMA DEI GENITORI
