



CENTRO ESTIVO SACCA CAMP

COGNOME E NOME DEL RAGAZZO/A _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

RECAPITI: email _____

telefono 1 _____ telefono 2 _____

ORARIO FREQUENZA DEL BAMBINO: ENTRATA: 7:30 8:00 – 9:00
USCITA: 12:30 14:00 16:30 16:30-18:00

DELEGA RITIRO: NOME COGNOME (maggiorrenne) : _____

NUMERO CARTA D'IDENTITA': _____

FIRMA GENITORE

Note di carattere sanitario:

- Malattie e/o problemi di salute da segnalare: **SI / NO** Se si, quali? _____
- Allergie? **SI / NO** Se si, a che cosa? _____
- Intolleranze alimentari? **SI / NO** Se si, a quali alimentari? _____
- Senza maiale? **SI / NO**
- Senza carne? **SI / NO**
- Richieste diete speciali (con invio certificato medico alla mail CP.Formigine@cirfood.com almeno 1 settimana prima) : _____

PRENOTAZIONE IMPEGNATIVA PERIODO (Fare una X sulla casella):

Si richiede il pagamento in anticipo della settimana confermata.

APERTURA ANTICIPATA	1° SETT.	2° SETT.	3° SETT.	4° SETT.	5° SETT.	6° SETT.
08/06 AL 09/06	12/06-16/06	19/06-23/06	26/06-30/06	03/07-07/07	10/07-14/07	17/07-21/07

7° SETT.	8° SETT.	9° SETT. ***	10° SETT.	11° SETT.	12° SETT.	13° SETT.
24/07-28/07	31/07-04/08	07/08-11/08	21/08-25/08	28/08-01/09	04/09-08/09	11/09-15/09

***al raggiungimento minimo 10 iscritti

NB : In caso di assenza per malattia documentata da certificato medico è possibile richiedere il recupero della suddetta settimana.

E' possibile effettuare il pagamento tramite:

- CONTANTI presso la segreteria della Polisportiva Sacca in via Paltrinieri 80.
- BANCOMAT/CARTA DI CREDITO presso la segreteria della Polisportiva Sacca
- BONIFICO

IBAN : IT53L0503412905000000000445

INTESTATO A CIRCOLO ARCI POL SACCA

CAUSALE: NUMERO SETTIMANA + NOME DEL RAGAZZO/A

Si prega di inviare la copia del bonifico a:

- Email: info@polisportivasacca.net
- WhatsApp: 334 385 5597

AUTORIZZAZIONI PER LE USCITE

Con la presente si autorizza il ragazzo a partecipare alle uscite guidate, alle escursioni e alle uscite in piscina programmate nelle attività del Centro.

Inoltre il Centro Estivo NON RISPONDE PER SOLDI e OGGETTI SMARRITI

ACCONSENTO

NEGO IL CONSENSO

Io sottoscritto accordo liberamente il consenso affinché le FOTO e le RIPRESE riguardanti il ragazzo/a possano essere utilizzate nel rispetto del REG. Eur 2016/679 e suc. Mod. sulla tutela dei dati personali e non per fini commerciali.

ACCONSENTO

NEGO IL CONSENSO

Per presa visione

DATA

FIRMA DEL GENITORE

BONUS CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

**Da compilare solo se è stata già inoltrata la domanda al comune.*

DATI DEL GENITORE CHE HA INOLTRATO LA DOMANDA:

- COGNOME: _____
- NOME: _____
- CODICE FISCALE: _____