

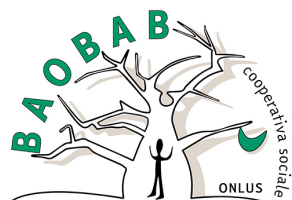
MODULO DI ISCRIZIONE CAMPO ESTIVO 2019
Villa Inzoli
“SPACE SUMMER CAMP”

Con il Patrocinio del Comune di Tradate

DATI DEL FREQUENTANTE		
Cognome:	Nome:	
Classe frequentata:	Scuola:	
Nato/a a:	Il:	
Residente a:	Indirizzo:	Civico:
DATI DEI GENITORI		
Genitore 1 (cognome e nome):		Telefono:
Genitore 2 (cognome e nome):		Telefono:
PERSONE AUTORIZZATE A PRENDERE L'ALUNNO/A ALL'USCITA		
Cognome e nome:		Telefono:
Cognome e nome:		Telefono:

Il bambino/a o ragazzo/a potrà lasciare il servizio solo con le persone indicate sul presente modulo. Per ulteriori nominativi necessiterà sempre l'autorizzazione scritta.

FREQUENZA AL CAMPO ESTIVO				
Barrare con una X le settimane di frequenza, nella colonna degli orari scelti				
SETTIMANE Da lunedì a venerdì	FULL-TIME Dalle 07:30 alle 18:00	PART-TIME MATTINO CON PRANZO Dalle 07:30 alle 13:30	PART-TIME MATTINO SENZA PRANZO Dalle 07:30 alle 12:30	PART-TIME POMERIGGIO Dalle 14:00 alle 18:00
Dal 10 al 14 giugno	☐	☐	☐	☐
Dal 17 al 21 giugno	☐	☐	☐	☐
Dal 24 al 28 giugno	☐	☐	☐	☐
Dal 01 al 05 luglio	☐	☐	☐	☐
Dal 08 al 12 luglio	☐	☐	☐	☐
Dal 15 al 19 luglio	☐	☐	☐	☐
Dal 22 al 26 luglio	☐	☐	☐	☐
Dal 29 luglio al 02 agosto	☐	☐	☐	☐
Dal 05 al 09 agosto	☐	☐	☐	☐
Dal 26 al 30 agosto	☐	☐	☐	☐
Dal 02 al 06 settembre	☐	☐	☐	☐
Dal 09 al 11 settembre	☐	☐	☐	☐



N.B. Le richieste di aggiunta di settimane e/o di cambio modalità di frequenza, andranno **comunicate tassativamente entro la prima settimana** in cui il Servizio sarà operativo, altrimenti **non sarà garantito** l'accoglimento delle stesse.

Chiediamo di specificare eventuali allergie, intolleranze e malattie di cui soffre il bambino/a.

ALLERGIE:
INTOLLERANZE:
MALATTIE:

Allegare certificato medico.

AUTORIZZAZIONI

Uscite estemporanee: si chiede di autorizzare o meno la possibilità di effettuare, anche senza preavviso, uscite sul territorio comunale, senza l'utilizzo di mezzi di trasporto e all'interno del normale orario di attività.

Per tutte le altre uscite che prevedono, invece, l'utilizzo di mezzi di trasporto e l'allontanamento dal territorio comunale verranno preventivamente distribuiti volantini esplicativi dell'iniziativa e richiesta relativa all'autorizzazione.

☐ AUTORIZZO	☐ NON AUTORIZZO
------------------------------------	--

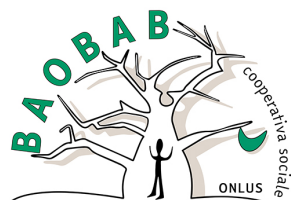
Fotografie e video: durante le attività previste potrebbero essere realizzate fotografie o video che ritraggono i bambini e i ragazzi durante l'attività. Il materiale così ottenuto ha valore di documentazione dell'attività stessa e come tale potrebbe essere utilizzato per pubblicazioni sul Giornalino comunale, sul sito web del Comune, sul sito web e sui canali social della Baobab Cooperativa Sociale Onlus, oppure semplicemente esposto nei locali del Servizio o della stessa Sede comunale.

L'autorizzazione viene concessa unicamente ai fini di cui sopra e si esclude esplicitamente che il Comune di Veduggio, Baobab Cooperativa Sociale Onlus, gli operatori o le famiglie possano utilizzare le immagini e i video per promozioni commerciali o possano concederle, a qualsiasi scopo, l'uso a terzi anche gratuitamente.

☐ AUTORIZZO	☐ NON AUTORIZZO
------------------------------------	--

Uscite in autonomia (solo per chi lo desidera): si chiede di autorizzare il ragazzo/a a lasciare in autonomia il servizio declinando la Cooperativa da ogni responsabilità.

☐ AUTORIZZO	☐ NON AUTORIZZO
------------------------------------	--



BAOBAB Cooperativa Sociale ONLUS a r.l.

Via Zara, 12 – 21049 Tradate (VA)

C.F./P.I. e Registro Imprese Varese 02840030122 – R.E.A. Varese 294069

Albo Nazionale Cooperative A153329

Per eventuali RIDUZIONI della retta, specificare il nome di altri fratelli/sorelle frequentanti il Campo Estivo (solo se tutti frequentanti full time e per un minimo di 5 settimane)

Cognome e nome:	
Cognome e nome:	
Cognome e nome:	
Cognome e nome:	

DATI DEL GENITORE AL QUALE INTESTARE LA RICEVUTA DI PAGAMENTO														
Cognome:							Nome:							
CODICE FISCALE														
Residente a:							Indirizzo:					Civico:		
Indirizzo e-mail:														

Modalità di pagamento prescelta: ☐ contanti/assegno ☐ bonifico bancario

La sospensione o la rinuncia al Servizio potrà essere concessa solo per:

- malattia del bambino/a con ricovero o convalescenza prolungata, come da documentazione medica che andrà allegata;
- perdita del posto di lavoro di un genitore, come da documentazione del datore di lavoro che andrà allegata.

In qualsiasi altro caso è dovuto il pagamento della retta per le settimane da voi indicate, sul presente modulo, all'atto dell'iscrizione.

Sei dipendente di una delle aziende delle Rete Giunca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, specificare il nome dell'azienda: _____

Luogo e data

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali GDPR UE/2016/679.

Firma
