**MODULO DI ISCRIZIONE CAMPO ESTIVO 2019****Scuola Primaria e Secondaria di 1°****“ESTATE SPAZIALE”**

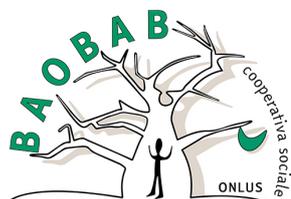
Comune di Venegono Superiore

Assessorato alle politiche sociali, cultura, servizi educativi

DATI DEL FREQUENTANTE			
Cognome:		Nome:	
Classe:	Scuola (primaria o secondaria):		
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:	
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 Dalle 07:30 alle 13:30	PART-TIME POMERIGGIO Dalle 13:30 alle 18:00
Dal 10 al 14 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 17 al 21 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 24 al 28 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 01 al 05 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 08 al 12 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 15 al 19 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 22 al 26 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 29 luglio al 02 agosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 26 al 30 agosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dal 02 al 06 settembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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.

<input type="checkbox"/> AUTORIZZO	<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO
------------------------------------	----------------------------------------

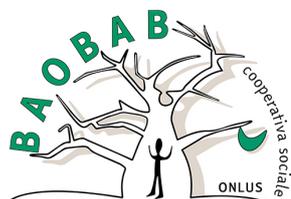
Fotografie e video: durante le attività previste potrebbero essere realizzate fotografie o video che ritraggono i bambini e i ragazzi durante l'attività. Il materiale così ottenuto ha valore di documentazione dell'attività stessa e come tale potrebbe essere utilizzato per pubblicazioni sul Giornalino 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 Vedano Olona, 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.

<input type="checkbox"/> AUTORIZZO	<input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> AUTORIZZO	<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO
------------------------------------	----------------------------------------



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:	

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