

MODULO D' ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO DI CHIAVERANO 2017

Il/la sottoscritto/a _____

genitore di _____

nato/a a _____ **il** _____

residente a _____ **via** _____ **n°** _____

cellulare: _____

email: _____

ISCRIVE il/la proprio figlio/a al Centro Estivo che si svolgerà dal 12 giugno all' 8 settembre 2017 nel seguente periodo ed orario (fare una X sulla scelta):

ث 1° turno (12.06 – 16.06)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 2° turno (19.06 – 23.06)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 3° turno (26.06 – 30.06)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 4° turno (03.07 – 07.07)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 5° turno (10.07 – 14.07)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 6° turno (17.07 – 21.07)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 7° turno (24.07 – 28.07)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 8° turno (31.07 – 04.08)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 9° turno (07.08 – 11.08)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 10° turno (21.08 – 25.08)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 11° turno (28.08 – 01.09)

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

ث 12° turno (04.09 – 08.09) IL TURNO VERRA' ATTIVATO SOLO CON UN MINIMO DI 16 ISCRITTI

tempo pieno part-time mattino part-time pomeriggio

autorizzo **non autorizzo** gli operatori del centro estivo a scattare foto e girare video a mio figlio durante le attività

autorizzo **non autorizzo** la pubblicazione delle foto e dei video sul sito e sulla pagina Facebook della Cooperativa

autorizzo **non autorizzo** all'invio di comunicazioni e informazioni sulle nostre attività per posta elettronica

autorizzo **non autorizzo** ad utilizzare per gli spostamenti mezzi pubblici o autobus presi a noleggio

autorizzo **non autorizzo** a portare mio figlio/a in uscite sul territorio comunale e nei comuni limitrofi

Comunicazioni sanitarie utili (comprese allergie e intolleranze alimentari e non accompagnate da certificato medico)

Altre comunicazioni utili

RECAPITO TELEFONICO IN CASO DI NECESSITA'

N. _____ NOME _____
N. _____ NOME _____
N. _____ NOME _____

DICHIARO DI AVER RICEVUTO, LETTO E ACCETTATO IL REGOLAMENTO IN OGNI SUA PARTE
