

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ prov. _____
Tel. _____ Cell. _____
email _____

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ prov. _____
Tel. _____ Cell. _____
email _____

Dichiarano:

ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevoli delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false di essere il/i genitori (o chi ne fa le veci) di _____
nato/a a _____ il _____

chiedono l'ISCRIZIONE

alle attività estive che si svolgeranno presso la **Scuola dell'Infanzia di Gambassi**

- gruppo 3-5 anni**
 gruppo 6-11 anni (solo tempo corto)

Selezionare settimane e tempo:

	Settimane	Tempo corto 8.00 – 12.30	Tempo lungo* 8.00 – 15.30
1	29/6 - 3/7	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45
2	6/7 - 10/7	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45
3	13/7 - 17/7	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45
4	20/7 - 24/7	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45
5	27/7 - 31/7	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45
6	3/8 - 7/8	<input type="checkbox"/> 107,25	<input type="checkbox"/> 164,45

*comprensivo di mensa

Sconti non cumulabili:

- € sconto per pacchetti superiori alle tre settimane (- 10%)
€ sconto secondo fratello iscritto (- 10%)

per un totale _____

I genitori dichiarano:

nostro/a figlio/a ha la certificazione secondo la legge 104/92: SI NO

nostro/a figlio/a è allergico/a : SI NO

comunichiamo le seguenti allergie _____

Siamo a conoscenza che il personale del servizio NON può somministrare alcun farmaco e quindi ci impegniamo a provvedere in proprio in caso di bisogno.

comunichiamo che nostro/a figlio/a ha necessità di farmaco salvavita SI NO

si allega certificazione medica e autorizzazione alla somministrazione.

_____ firma

_____ firma

I pagamenti possono essere effettuati a mezzo bonifico bancario o bollettino Postale sui seguenti conti correnti:

- bollettini postali o bonifico bancario, sul c/c postale nr. IT 71 W 07601 02800 000067767939 il tutto intestato a "IL PICCOLO PRINCIPE" SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
- bonifico bancario:
CREDIT AGRICOLE CARIPARMA Iban: IT69T0623037833000046691584
BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI CAMBIANO iban IT11W0842537831000030258826

Nei bollettini/bonifici specificare causale Centri Estivi Gambassi, nome del bambino e periodo scelto.

Le ricevute di pagamento devono essere inviate 7 giorni prima dell'inizio del periodo scelto a: amministrazione@ilpiccoloprincipe.coop.

Le famiglie che intendono chiedere il Bonus Centri Estivi, possono seguire le istruzioni sull'informativa specifica presente sul sito della Cooperativa.

Autorizzazioni

Autorizzazione consegna bambino/a a persona diversa dai genitori

Gli educatori a consegnare il proprio/a figlio/a alle seguenti persone:	
Nome	tipo e n° documento

_____ firma

_____ firma

I sottoscritti autorizzano il/la proprio/a figlio/a a poter **uscire dalla struttura per gite e attività accompagnato dagli educatori**.

firma

firma

I genitori dichiarano di:

Aver visualizzato **l'Informativa sulla Privacy** sul sito Piccolo Principe di cui agli art. 13-14 del regolamento UE 2016/679 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

firma

firma

Di avere la seguente situazione familiare o lavorativa:

		punteggio
1	Situazione familiare: Genitori separati legalmente/divorziati o genitore celibe/nubile non convivente con l'altro genitore; oppure genitore vedovo/a; oppure genitore unico	3
2	Situazione lavorativa: entrambi i genitori lavorano a tempo pieno	2
	Almeno 1 genitore lavora a tempo pieno	1

(segnare requisito se in possesso)

A parità di punteggio l'accettazione delle domande seguirà il criterio di ordine di arrivo, con priorità per i bambini con **certificazione di disabilità L. 104**. (da allegare)

I servizi saranno attivati solo al raggiungimento del numero di iscritti necessario a formare il gruppo.

In allegato:

- Fotocopie documenti identità genitori
- Consenso al trattamento dei dati personali e autorizzazione alla diffusione limitata di foto e video per la frequenza del servizio
- Patto di corresponsabilità
- Richiesta mensa alternativa per motivi di salute o religiosi (se richiesto)
- Informativa privacy (presa visione)
- Informativa Bonus Centri Estivi (in visione)