

MODULO ISCRIZIONE CENTRO RICREATIVO ESTIVO (Scuola primaria)

DATI DEL BAMBINO

COGNOME _____ NOME _____
 RESIDENTE A _____ in via _____
 HA FREQUENTATO LA CLASSE _____

DATI DEL GENITORE (intestatario della fattura)

COGNOME _____ NOME _____
 CODICE FISCALE _____
 RESIDENTE A _____ in via _____
 RECAPITO TELEFONICO _____
 INDIRIZZO MAIL (per spedizione fattura) _____

PERIODO DI FREQUENZA: NUMERO SETTIMANE _____

- Dal 09 al 10 Giugno
- Dal 13 al 17 Giugno
- Dal 20 al 24 Giugno
- Dal 27 Giugno al 01 Luglio
- Dal 04 all'08 Luglio
- Dall'11 al 15 Luglio
- Dal 18 al 22 Luglio
- Dal 25 al 29 Luglio
- Dal 01 al 05 Agosto
- Dal 08 al 12 Agosto
- Dal 22 al 26 Agosto
- Dal 29 Agosto al 02 Settembre
- Dal 05 al 09 Settembre

Settimana attivata SOLO al raggiungimento di 30 bambini iscritti:

- dal 16 agosto al 19 agosto

N.B.: La quota di partecipazione delle settimane opzionali sarà da versare solo a conferma dell'apertura del CRE per raggiungimento del numero degli iscritti.

La quota di partecipazione dell'ultima settimana di apertura del CRE (dal 05/09) sarà da versare quando sarà ufficializzata l'apertura delle Scuole.

TEMPO DI FREQUENZA:

- Pre: 7.30 – 8.30
- Giornata: 8.30 – 16.30
- Post: 16.30 – 18.30

Numero figli iscritti: _____

Mi impegno a provvedere al **pagamento** della quota di partecipazione mediante bonifico.

Il pagamento della quota andrà effettuato **senza ulteriore avviso dal 07 al 17 Giugno 2016.**

La partecipazione al CRE è subordinata al pagamento della quota entro il 17 Giugno.

DICHIARO, infine, di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni organizzative e gestionali che regolano il Servizio e di impegnarmi a comunicare per iscritto **l'eventuale ritiro dell'iscrizione entro il 17 giugno 2016.**

Data e Firma _____

XX

DATI PER IL BONIFICO:

Cooperativa Città del Sole c/o UNICREDIT BANCA
 IT 41 D0200811110000040825125 Causale: CRE LIMBIATE 2016 + nome e cognome del/la bambino/a

LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI FOTOGRAFICHE E RIPRESE VIDEO

Il sottoscritto _____
genitore del minore _____

- AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO**

ogni forma di pubblicazione e di utilizzazione delle immagini di cui sopra da parte della Cooperativa Sociale Città del Sole, nel rispetto dell'art. 10 del codice civile e ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 96 e seguenti della L. 633/1941 (Protezione del diritto d' autore e di altri diritti connessi al suo esercizio), con il solo limite che le modalità di utilizzazione non siano tali da ledere in alcun modo l'onore, la reputazione ed il decoro del/della proprio/a figlio/a. Il sottoscritto dichiara inoltre di non avere nulla a pretendere per l'utilizzazione/pubblicazione delle suddette immagini.

L'autorizzazione all'utilizzo delle immagini che ritraggono il/la proprio/a figlio/a, con le già menzionate modalità, si intende concessa senza limiti temporali. L'immagine potrà essere utilizzata in qualsiasi formato o adattamento, anche adoperando uno o più particolari della stessa o in abbinamento con altre immagini, in relazione a qualsiasi comunicazione pubblicitaria ed a qualsiasi impiego commerciale, comprese, a titolo esemplificativo, comunicazioni sul sito della società, comunicati stampa, *depliant* e materiale promozionale.

Data e Firma _____

SEGNALAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il sottoscritto _____
genitore del minore _____

comunico che mio figlio:

- NON HA NESSUNA ALLERGIA/INTOLLERANZA ALIMENTARE
 HA LE SEGUENTI ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI (indicare quali):

Mi impegno a fornire alla Città del Sole Società Cooperativa Sociale certificato medico comprovante le allergie/intolleranze indicate per richiedere la dieta differenziata.

Data e Firma _____