

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CAMPUS ESTIVO 2024

Un'Estate mitica Viaggio nell'Alalimpo

Al Comune di Torre Santa Susanna

Il/la _____ sottoscritto/a _____ (nome _____ e _____ cognome) _____ nato/a _____
prov. _____ il _____ C.F. _____ residente
in _____ prov. _____ alla via _____ n. _____
cell. _____

CHIEDE

anche a nome dell'altro genitore che il proprio figlio

Minore 1) Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
_____ a _____ prov. _____ età _____ C.F. _____
residente in Torre Santa Susanna (BR) alla via _____ n. _____

Minore 2) Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
_____ a _____ prov. _____ età _____ C.F. _____ residente in Torre Santa
Susanna (BR) alla via _____ n. _____

Minore 3) Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
_____ a _____ prov. _____ età _____ C.F. _____
residente in Torre Santa Susanna(BR) alla via _____ n. _____

sia ammesso a frequentare il Campus estivo 2024 organizzato dalla Società Cooperativa Sociale L'Ala con il patrocinio de Comune di Torre Santa Susanna per il periodo:

- Dal 04/07/2024 al 10/07/2024
- Dal 11/07/2024 al 17/07/2024
- Dal 18/06/2024 al 24/07/2024
- Dal 25/07/2024 al 31/07/2024

I costi per la frequenza omnicomprensivi sono:

Iscrizione Euro 15,00 (da versare una sola volta ad inizio frequenza) comprendente Kit (Maglietta, Cappellino e Sacca) e assicurazione ;

Frequenza Settimanale Euro 37,00 (comprensiva di tutte le attività proposte uscite comprese Presso Masseria Sciaiani Piccola, Parco Acquatico Tsunami, Carrisiland)

da versare all'inizio della frequenza mediante Bonifico Intestato a:

L'Ala Società Cooperativa Sociale
IBAN: IT9100526279310CC0191328984

indicando nella Causale: Frequenza Centro Estivo 2024 NOME MINORE periodo scelto

DICHIARA

- che lo stesso si trova in una condizione di disabilità di cui viene allegata relativa certificazione medica;
- che lo stesso è affetto da allergie delle quali viene allegata la relativa certificazione medica;
- che lo stesso a causa di impossibilità dei genitori sarà accompagnato e ripreso dal Sig./Sig.ra _____ del quale si allega documento di riconoscimento;

CONSENTE

- La partecipazione del proprio figlio alle uscite programmate nelle attività progettuali;
- Consente la pubblicazione di immagini e video sulla pagina Facebook della cooperativa;

comunica inoltre che la taglia per la maglia è:

TAGLIA MAGLIE TTA Segnare con una X	3-4 ANNI	5-6 ANNI	7-8 ANNI	9-10 ANNI	11-12 ANNI	S	M	L	XL
MINORE 1									
MINORE 2									
MINORE 3									

chiede che qualsiasi comunicazione relativa alla presente richiesta sia inviata, anche ai seguenti recapiti:

- recapito telefonico 1 _____
- recapito telefonico 2 _____

Allegati:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del minore;
- Certificazione medica circa eventuali allergie e patologie;
- Attestazione di Pagamento.

Luogo e Data: _____

Firma