



CENTRO ESTIVO OASI S. TERESA 2025 "UN'ESTATE DA SUPEREROI"

Dalle 7.30 alle 18.00

3-6 ANNI (bambini che hanno già frequentato la scuola dell'infanzia)

| | | |
|--|--|--|
| DATI DEL/LA BAMBINO/A Cognome _____ Nome _____ Sezione _____ | | |
| Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____ - ____ | | |
| C.F. _____ Cittadinanza: <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altro _____ | | |
| Residente a <input type="checkbox"/> Imola <input type="checkbox"/> altro _____ Via _____ n° _____ | | |
| Tel. _____ Cell. Madre _____ / _____ Cell. Padre _____ / _____ | | |
| DATI DEL PADRE Cognome _____ Nome _____ | | |
| Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____ - ____ | | |
| C.F. _____ Cittadinanza: <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altro _____ | | |
| Residente a <input type="checkbox"/> Imola <input type="checkbox"/> altro _____ Via _____ n° _____ | | |
| Luogo di lavoro _____ Tel lavoro _____ | | |
| DATI DELLA MADRE Cognome _____ Nome _____ | | |
| Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____ - ____ | | |
| C.F. _____ Cittadinanza: <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altro _____ | | |
| Residente a <input type="checkbox"/> Imola <input type="checkbox"/> altro _____ Via _____ n° _____ | | |
| Luogo di lavoro _____ Tel lavoro _____ | | |

- **MAIL** a cui mandare le comunicazioni con la famiglia _____ @ _____

Eventuale secondo indirizzo (solo se necessario) _____ @ _____

- Eventuali **ALLERGIE e/o MALATTIE e/o DIETE PARTICOLARI:** NO SI specificare: _____

- I genitori/titolari della responsabilità genitoriale dichiarano di voler usufruire delle seguenti settimane:

SETTIMANA DAL 30 AL 4 LUGLIO

SETTIMANA DAL 7 ALL' 11 LUGLIO

SETTIMANA DAL 14 AL 18 LUGLIO

SETTIMANA DAL 21 AL 25 LUGLIO

- **Ogni settimana ci sarà la gita lunga**

- **Accoglienza dalle 7.30 alle 9.00. Uscita dalle 13.00 alle 14.00 o dalle 16.00 alle 18.00.**

- **Si ricorda che il centro estivo non prevede il riposo pomeridiano**

- I genitori/titolari della responsabilità genitoriale si impegnano a corrispondere:

- A. **QUOTA ISCRIZIONE** **€ 20,00** (da pagare una sola volta per tutto il centro estivo)
- B. **FREQUENZA SETTIMANALE** **€ 120,00** – (compresi: merende, pasto, uscite, gite)

SCONTISTICHE di cui si vuole usufruire – **crocettare in base alle proprie esigenze**

- SCONTO FRATELLI: 20€ di sconto dal secondo fratello (sull'iscrizione)
- SCONTO PRENOTA PRIMA: 20€ di sconto se prenoti entro il 31/05/2024 (applicabile solo con pagamento al momento della consegna dell'iscrizione)
- SCONTO PER PIU' SETTIMANE DI FREQUENZA (**applicabile solo con pagamento al momento della consegna dell'iscrizione**):
 - Se frequenti 2 settimane paghi €230, invece di €240
 - Se frequenti 3 settimane paghi €340, invece di €360
 - Se frequenti 4 settimane paghi €450, invece di €480

- Esclusivamente tramite Bonifico Bancario al seguente IBAN: **IT24 N034 4021 0000 0000 0191 500**
- Nella causale indicare:
"cognome e nome del bambino" / CENTRO ESTIVO 3-6 ANNI / "settimana di riferimento"
- La quota di iscrizione e le quote di frequenza **non sono rimborsabili in caso di rinuncia** (escluso motivi di salute certificati per cui è previsto il conguaglio).
- **Per fermare il posto** è necessario riconsegnare a mano in portineria o tramite mail (oasi.s.teresa@piccoleuoresantateresa.it)
 - la **scheda di iscrizione compilata**
 - la **distinta del bonifico per tutte le settimane prenotate per poter usufruire delle scontistiche**
- L'iscrizione è valida **solo** se completa di scheda e distinta di bonifico

NB: Il centro estivo aderisce al **PROGETTO CONCILIAZIONE** a cui si potrà aderire secondo le indicazioni sul sito del Comune.

- Aderisco al Progetto Conciliazione: SI NO
- Autorizzo: - mio figlio/a a partecipare a tutte le **VISITE GUIDATATE** programmate dal centro estivo: SI NO
 - le educatrici/suore al **TRASPORTO CON AMBULANZA** in caso di incidenti: SI NO
 - l'uso di **FOTO** di mio figlio/a per le attività svolte durante il centro estivo: SI NO
- La Scuola non si rende garante degli oggetti lasciati incustoditi o smarriti nei locali della scuola.

- Persone, oltre ai genitori, da **CONTATTARE IN CASO DI BISOGNO** e/o **AUTORIZZATE AL RITIRO** del minore:

| cognome | nome | tel | in qualità di | IN CASO DI BISOGNO | AUTORIZZATA AL RITIRO |
|----------|-------|-------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLEGARE ALLA PRESENTE I DOCUMENTI D'IDENTITÀ DEI GENITORI E DELLE PERSONE DELEGATE AL RITIRO

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati personali come previsto dal D. Lgs 196/03.

Imola, ____ / ____ / ____

Data

firma del PADRE / titolare responsabilità genitoriale firma della MADRE / titolare responsabilità genitoriale