

MODULO ISCRIZIONE AL CAMPOGIOCHI SAN BARTOLOMEO 2020

(da compilare in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO: _____

CODICE FISCALE (del Genitore) : _____

CHIEDE DI ISCRIVERE IL FIGLIO/A: _____

Indirizzo: _____ Luogo e Data di Nascita: _____

Recapiti Telefonici: _____

Indirizzo Mail: _____

ISCRIZIONE AI TURNI:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ 1° TURNO 15 GIUGNO – 19 GIUGNO | ☐ 2° TURNO 22 GIUGNO – 26 GIUGNO | ☐ 3° TURNO 29 GIUGNO – 3 LUGLIO | |
| ☐ 4° TURNO 6 LUGLIO – 10 LUGLIO | ☐ 5° TURNO 13 LUGLIO – 17 LUGLIO | ☐ 6° TURNO 20 LUGLIO – 24 LUGLIO | |
| ☐ 7° TURNO 27 LUGLIO – 31 LUGLIO | ☐ 8° TURNO 3 AGOSTO – 7 AGOSTO | ☐ 9° TURNO 10 AGOSTO – 14 AGOSTO | |
| ☐ 10° TURNO 17 AGOSTO – 21 AGOSTO | ☐ 11° TURNO 24 AGOSTO – 28 AGOSTO | ☐ 12° TURNO 31 AGOSTO – 4 SETTEMBRE | |
- COSTO SETTIMANALE €80,00 – AGEVOLAZIONE FRATELLI € 70,00

ISCRIZIONE

- Le iscrizioni vengono prese **in ordine di arrivo e fino ad esaurimento** dei posti disponibili.
- L'iscrizione è consentita **ad una o più settimane**. Ad iscrizione corrisponde pagamento.

MODALITA':

1.Presso gli **uffici Uisp** in Via Tamburini 5 nei seguenti giorni ed orari: Lunedì-Martedì-Giovedì-Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 / Giovedì-Venerdì dalle ore 15 alle ore 18.30.
Presentarsi con il modulo d'iscrizione e i documenti già compilati. Le iscrizioni dovranno essere effettuate **entro il Giovedì** della settimana precedente.

2.Pagamento tramite **Bonifico bancario** IBAN IT56I0538712800000000948431.

- Beneficiario: UISP Reggio Emilia.
- Causale: "Quota "nome campogiochi". Indicare cognome e nome del bimbo. Turni scelti".
- La ricevuta dell'avvenuto versamento, il modulo d'iscrizione e i documenti dovranno essere inviati tramite mail all'indirizzo progettieducativi@uispre.it entro e non oltre il giovedì precedente alla settimana a cui ci si è iscritti

- A completamento della procedura d'iscrizione sarà indispensabile consegnare i seguenti documenti:
 - **Patto di corresponsabilità tra famiglie e gestore** (vedi allegato)
 - **Scheda sanitaria** (vedi allegato)

INFORMAZIONI GENERALI

Sentito il medico di base, dichiaro che mio figlio/a

☐ Non ha particolari problemi di salute. E' allergico a _____

Patologie croniche/terapie in atto _____

E' certificato dai servizi sanitari e necessita di assistenza individuale ☐ Si ☐ No

Il personale del CAMPOGIOCHI declina ogni responsabilità per lo smarrimento di oggetti o indumenti .

Data _____

Firma _____