

## MODULO ISCRIZIONE AL CAMPOGIOCHI MARCOPOLO 2021

(da compilare in stampatello)

IL SOTTOSCRITTO: \_\_\_\_\_

CHIEDE DI ISCRIVERE IL FIGLIO/A: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Luogo e Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici: \_\_\_\_\_

Indirizzo Mail: \_\_\_\_\_

### **ISCRIZIONE AI TURNI: COSTO SETTIMANALE € 65,00 – AGEVOLAZIONE FRATELLI € 55,00**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1° TURNO 07 GIUGNO – 11 GIUGNO | <input type="checkbox"/> 2° TURNO 14 GIUGNO – 18 GIUGNO | <input type="checkbox"/> 3° TURNO 21 GIUGNO – 25 GIUGNO |  |
| <input type="checkbox"/> 4° TURNO 28 GIUGNO – 02 LUGLIO | <input type="checkbox"/> 5° TURNO 05 LUGLIO – 09 LUGLIO | <input type="checkbox"/> 6° TURNO 12 LUGLIO – 16 LUGLIO |  |
| <input type="checkbox"/> 7° TURNO 19 LUGLIO – 23 LUGLIO | <input type="checkbox"/> 8° TURNO 26 LUGLIO – 30 LUGLIO | <input type="checkbox"/> 9° TURNO 02 AGOSTO – 06 AGOSTO |  |

### **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 IT56I053871280000000948431.

- 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](mailto:progettieducativi@uispre.it) entro e non oltre il giovedì precedente alla settimana a cui ci si è iscritti

**Intendo aderire al " Progetto Conciliazione Vita-Lavoro " " Regione Emilia-Romagna.**

### **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 \_\_\_\_\_