

MODULO DI ISCRIZIONE CAMPUS "ECOLOGIOCANDO 25/26" WINTER EDITION 5**C/O FAMILY POINT - Via Padovan, 49 Cascina Nuova di Misinto (MB)**

BAMBINO/A (nome e cognome) _____

nato/a il _____ a _____ provincia _____

Codice Fiscale _____

INDIRIZZO Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____ Prov. _____

TELEFONI Casa _____ cell. Madre _____ cell. Padre _____

MADRE (nome e cognome) _____ C.F. _____

PADRE (nome e cognome) _____ C.F. _____

CON CHI RISIEME IL MINORE (madre, padre, entrambe i genitori) _____

Barrare l'opzione desiderata. Consultare il tariffario (pag.2).

PRE-CAMP 07.30 – 08.00	MATTINO 08.00 -12.30	POMERIGGIO 13.45 – 17.00	INTERA GIORNATA 08.00 – 17.00
.....			

Barrare i giorni desiderati.

LUN 22 DIC 2025	MAR 23 DIC 2025	LUN 29 DIC 2025	MAR 30 DIC 2025	VEN 02 GEN 2026	LUN 05 GEN 2026
.....					

Servizio momento pasto, barrare l'opzione desiderata.

PASTO AL SACCO DA CASA	USCITA
.....	

N.B. Chi fa la mezza giornata può usufruire del momento di consumazione del pasto, uscendo alle 13.45 nel caso della mattina, o entrando prima del pasto, 12.30 nel caso del pomeriggio.

DATA _____ FIRMA DEL GENITORE _____

ASSICURAZIONE DA VERSARE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE:

- per i NON tesserati nel 2025: **6 €** una tantum validità fino al 31/12/2025;
- per i già tesserati nel 2025: **0 €**
- per l'anno 2026: **20 €** una tantum validità fino al 31/12/2026.

QUOTA D'ISCRIZIONE DA VERSARE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE: 10 € una tantum

TARIFFE:

- **PRE-CAMP: 3 €/di**
- **INTERA GIORNATA: 25 €/giorno (DALLE 08.00 ALLE 17.00)**
- **½ GIORNATA MATTINO o POMERIGGIO: 18 €/giorno**

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____

residente a _____ cap _____ provincia _____ in via _____

Dichiara che mio figlio/a _____

Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del centro socioeducativo (attività ricreative e manuali, giochi all'aperto, ecc...).

SEGNALAZIONI:

Allergie _____

Intolleranze Alimentari _____

Diete Speciali _____

INFORMAZIONI GENERALI SUL MINORE : _____

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo "ECOLANDIA APS" da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. Il programma delle attività potrà subire delle variazioni in base ad eventuali esigenze organizzative e alle condizioni meteorologiche.

Il personale del centro estivo NON può somministrare medicinali di qualsiasi natura.

Inoltre, declina ogni responsabilità per lo smarrimento di oggetti o indumenti (si consiglia pertanto di non portare oggetti di valore o di facile perdita e, ove possibile, di indicare il nome sopra di essi).

DATA _____ FIRMA DEL GENITORE _____

**TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E VIDEO
(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

Io sottoscritto _____ nato/a a _____ in data _____

residente a _____ cap _____ provincia _____ in via _____

e

Io sottoscritta _____ nato/a a _____ in data _____

residente a _____ cap _____ provincia _____ in via _____

Genitori del/la bambino/a _____

AUTORIZZIAMO

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

AUTORIZZIAMO

l'utilizzo di macchine fotografiche e/o telecamere nell'ambito dei progetti e delle attività svolte.

Le fotografie/video potrebbero essere utilizzate, trattate ai sensi della legge oltre che per finalità di documentazione interna, anche per la diffusione esterna.

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI _____

ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DEL/LA BAMBINO/A

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____

residente a _____ in via _____

Genitore del/la bambino/a _____

ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità dichiara di essere genitore del bambino/a su indicato/a e/o di convivere con lo/la stesso/a all'indirizzo su indicato.

DELEGA le seguenti persone di fiducia a RITIRARE dal Campus il/la proprio/a figlio/a:

1) Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ documento identità nr. _____ rilasciato da _____

2) Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ documento identità nr. _____ rilasciato da _____

3) Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ documento identità nr. _____ rilasciato da _____

4) Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ documento identità nr. _____ rilasciato da _____

DICHIARA di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente "ECOLANDIA APS" ;

E' CONSAPEVOLE che la responsabilità di "ECOLANDIA APS" termina dal momento in cui il bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

La presente delega vale fino al _____

N.B.: Si fa presente che, ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale, al ritiro non può essere delegata persona minore di 14 anni di età.

DATA _____ FIRMA DEL GENITORE _____