



MODULO ISCRIZIONE "LUGLIO CON BEA 2025"
SCUOLA PRIMARIA "FANTASIA" Via Confalonieri - BALLABIO

Nome: _____ **Cognome:** _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ **Città** _____ **Prov** _____

Nome e cognome genitori _____

Tel 1 _____ **Tel 2** _____

E - mail _____

PERIODO DI FREQUENZA (minimo due settimane)

- 30 giugno – 04 luglio
- 07 – 11 luglio
- 14 – 18 luglio
- 21 – 25 luglio
- 28 luglio – 1 agosto

Il Centro Estivo accoglierà fino a un massimo di 60 bambini dai 3 agli 11 anni .

QUOTE DI PARTECIPAZIONE

- € 30,00 (*iscrizione e assicurazione*)
- € 280,00 quota (per 2 settimane)
- € 390,00 quota (per 3 settimane)
- € 500,00 quota (per 4 settimane)
- € 610,00 quota (per intero periodo)

N.B. Le quote sono comprensive di pasti. /riduzione di 10 € a settimana per fratelli/sorelle.

COMUNICAZIONI PERSONALI

Allo scopo di assicurare un buon funzionamento e un'adeguata vigilanza a tutti i bambini, i genitori sono pregati di voler segnalare:

- ✓ eventuali problemi di salute o handicap certificato del figlio/a
.....
- ✓ allergie alimentari

N.B. Nel caso in cui si intenda iscrivere un bambino portatore di handicap certificato, si dovrà farne espressa dichiarazione nella scheda di iscrizione, allegando idonea documentazione; sarà compito della famiglia richiedere agli organismi competenti l'eventuale educatore di sostegno, le cui spese saranno sostenute dagli interessati, secondo le modalità concordate direttamente con Lo Spazio di BeA all'atto dell'iscrizione.

COME PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE E QUANDO

L'iscrizione sarà convalidata consegnando il presente modulo e versando contestualmente un acconto di € 100,00 presso la sede de Lo Spazio di BeA a partire da

**Sabato 12 Aprile,
dalle 9:00 alle 12:00 e dalle 15:00 alle 16:00**

AUTORIZZAZIONI

Trasporti: nelle quote non sono compresi i trasporti per le gite il cui importo viene comunicato settimanalmente ed è da versare all'inizio di ogni settimana

Autorizzo, in caso di necessità, il trasporto del minore su mezzo privato per accompagnamento da medico/pronto soccorso.

Autorizzo, con la presente, la partecipazione del/i proprio/i figlio/i alle attività ricreative, di animazione o gite che verranno via via organizzate.

Mi impegno, a segnalare ogni qualvolta lo stesso, per qualsiasi motivo, dovesse assentarsi (malattia, motivi familiari) o sospendere la frequenza.

Responsabilità: la Direzione non risponde dei danni di qualsiasi natura che l'iscritto o le cose di sua proprietà dovessero subire per cause a lei non imputabili.

Autorizzo gli operatori ad utilizzare materiale di pronto soccorso per piccoli problemi (es. escoriazioni); mentre per necessità di rilevanza maggiore avvertiranno in prima istanza il 112 e successivamente i genitori.

Il Genitore autorizza, il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività, alle escursioni sul territorio e altre gite programmate, utilizzando, ove è necessario, mezzi di trasporto sia pubblico che privato.

Acconsento alla condivisione di foto e video tramite gruppo Whatsapp

NO SI

TUTELA DATI PERSONALI: Il trattamento dei dati personali per i quali garantiamo la massima riservatezza, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla legge 2016/679, meglio noto come Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR).

I dati non saranno ceduti a terzi e per essi potrà essere richiesta in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione.

Lo Spazio di BeA si riserva il diritto di escludere dalla partecipazione al centro i bambini che arrechino grave disturbo allo svolgimento delle attività, o che tengano comportamenti particolarmente violenti o molesti nei confronti degli altri bambini o del personale, ad insindacabile giudizio del personale stesso.

Data: _____ Firma: _____

Per ulteriori informazioni: Daniela 340 6898070