MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATI BAMBINO | Cognome |  | | | | | | | | | Nome | | |  | | | | | | | | | | Età | |  |
| Indirizzo |  | | | | | | | | | | | | | Numero  civico | | |  | | | | Città |  | | | |
| Telefono 1 (ICE)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | | | | | | Telefono 2 (ICE)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  | | | | | | | |
| Ha allergie? | | | | | SÌ | | NO | | A cosa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ha necessità particolari? | | | | | SÌ | | NO | | Si informa che gli operatori NON sono autorizzati a somministrare farmaci di alcun genere. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annotazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATI GENITORI | Nome e cognome (Genitore o chi ne fa le veci) | | | | Occupato presso  Indicare azienda | | | | | | | | | | | Full-time  (S/N) | | | | Part-time  (S/N) | | | Smart-working (S/N) | | Orario  (entrata/uscita) | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| Indicazioni particolari  (genitore single, disabilità, fragilità nel nucleo familiare) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Settimane prenotate | | 22/6 | | 29/6 | | 6/7 | | 13/7 | | | | 20/7 | | | | 27/7 | | | | 3/8 | | 31/8 | | 7/9 | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| INFORMAZIONI GENERALI | Il/la sottoscritto/a (Nome/cognome del genitore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiara di essere a conoscenza che:   1. non sarà attivata la fascia pomeridiana, quindi l’orario di apertura del centro è 8-13; 2. gli orari di ingresso e uscita saranno stabiliti dagli operatori per evitare assembramenti e saranno tassativi, pur tenendo conto delle vostre indicazioni: in caso di ritardo il/la bambino/a non sarà ammesso al centro e la giornata sarà perduta e non rimborsabile; 3. il pagamento di tutte le settimane prenotate dovrà essere effettuato in un’unica soluzione tramite bonifico bancario sul conto intestato a **Associazione Naturalistica Argonauta** - IBAN IT 80L0521624312000000004402, riportando nella causale Centro Estivo-Nome Cognome (del partecipante) -n. settimane prenotate (Esempio: CentroEstivoMarioRossi4settimane); 4. non saranno rimborsate assenze senza certificato medico; 5. qualora il comportamento del partecipante sia tale da non garantire il prescritto distanziamento fisico, il corretto utilizzo dei DPI o non rispetti le regole del centro estivo, dopo una serie di richiami e comunicazioni ai genitori, si procederà all’allontanamento del partecipante e al successivo rimborso della quota versata relativa alle settimane non frequentate.   Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |