



CONSORZIO FANTASIA

scs ONLUS

l'unione aiuta a crescere, la qualità aiuta a vincere

v. Sant'Ilario, 7 43040 Varano de' Melegari Parma (Italy)
P.IVA C.F. e NUMERO D'ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE 02602340347 N. REA PR-252017
tel: 0525.305081 fax: 0525.463118 info@consorziofantasia.it www.consorziofantasia.it

PER BAMBINE/I E RAGAZZE/I DAI 3 AI 12 ANNI

SCHEDA DI ISCRIZIONE VARANO SUMMER CAMP 2023

→ DA INVIARE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E FIRMATA A INFO@CONSORZIOFANTASIA.IT ←

DATI BAMBINO/A

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

DATI GENITORE

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____

E-mail _____ Professione _____

DATI GENITORE

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____

E-mail _____ Professione _____

Indicare intestatario fattura _____

Costi settimana intera giornata completa € 120,00 da lunedì al venerdì, dalle 07,30 alle 17,00
settimana intera mezza giornata € 100,00 da lunedì al venerdì, dalle 07,30 alle 13,00
dal secondo figlio a settimana € 95,00 - singola giornata con piscina € 40,00 - singola giornata senza uscita € 30,00

Settimana/e di iscrizione:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> 12 / 16 giugno | <input type="radio"/> 03 / 07 luglio | <input type="radio"/> 24 / 28 luglio | <input type="radio"/> 28 agosto / 01 settembre |
| <input type="radio"/> 19 / 23 giugno | <input type="radio"/> 10 / 14 luglio | <input type="radio"/> 31 luglio / 04 agosto | <input type="radio"/> 04 / 08 settembre |
| <input type="radio"/> 26 / 30 giugno | <input type="radio"/> 17 / 21 luglio | <input type="radio"/> 21 / 25 agosto | <input type="radio"/> 11 / 15 settembre |

(Salvo diverse indicazioni si considera/no prenotata/e la/e settimana/e indicata/e con orario 07,30 / 17,00)

Indicare la/e data/e solo per la/e singola/e giornata/e intera/e e altre variazioni di orario _____



CONSORZIO FANTASIA

scs ONLUS

l'unione aiuta a crescere, la qualità aiuta a vincere

v. Sant'Ilario, 7 43040 Varano de' Melegari Parma (Italy)
P.IVA C.F. e NUMERO D'ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE 02602340347 N. REA PR-252017
tel: 0525.305081 fax: 0525.463118 info@consorziofantasia.it www.consorziofantasia.it

I genitori del/la bambino/a **DICHIARANO**, sotto la propria personale responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000):

- che i dati personali inseriti sono veritieri;
- di aver preso visione del **Regolamento** e di attenersi alle previsioni in esso contenute;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione familiare del bambino, nonché ogni eventuale cambiamento di indirizzo o l'eventuale trasferimento della residenza in altro comune;
- di autorizzare gli/le educatori/trici a **uscire a piedi** dalla struttura con il/la figlio/a, nel pieno rispetto del Codice della Strada approvato con D.Lgs. 30/04/1992, n. 285 e successive modificazioni;
- di **autorizzare l'affidamento** del/la figlio/a a fine giornata educativa (o quando necessario) a sé stessi o a persone autorizzate e conosciute, purché maggiorenni e identificate a mezzo Carta d'Identità, nello specifico (indicare Cognome, Nome, Data di nascita e parentela con il/la bambino/a) _____

_____;
- di dare il consenso al **trattamento dei dati personali** contenuti nella presente domanda secondo quanto previsto dalla normativa vigente (Legge 3/12/96, n. 675 "Tutela della Privacy", art. 27 del 31/12/1996 D.Lgs. 196/2003 e seguente D.M. n. 305 del 07/12/2006);
- di dare il consenso affinché il/la figlio/a compaia in **materiale audio-video-fotografico**, creato all'interno dello stesso progetto nel pieno rispetto dei minori, tutelandone la privacy, in conformità a quanto disposto dalle normative vigenti in materia;
- eventuali **allergie** del/la figlio/a e **segnalazioni sanitarie** _____

_____;
- di corrispondere l'intero importo della quota del periodo richiesto.

Data (di compilazione scheda)

Firma di entrambi i genitori

_____ - _____