



PROPOSTA ESTATE 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome e nome: _____
 Data di nascita: _____ Classe frequentata: _____
 Codice fiscale del ragazzo: _____
 Codice fiscale del genitore: _____
 Indirizzo e n. civico: _____
 Città: _____

Foto tessera

Telefono: (mamma) _____ (papà) _____
 (.....) _____ E-mail _____

PRESENZA: segna le settimane (MIN. 2)

1^a settimana: 17/6 – 21/6
 2^a settimana: 24/6 – 28/6
 3^a settimana: 1/7 – 5/7
 4^a settimana: 8/7 – 12/7

(SOLO PER 1^a-5^a ELEMENTARE)

5^a settimana OMA: 15/7 – 19/7
 6^a settimana OMA: 22/7 – 26/7

LABORATORI

NB: DA SCEGLIERE CON LA SEGRETERIA

1^a settimana: _____
 2^a settimana: _____
 3^a settimana: _____
 4^a settimana: _____

Eventuali intolleranze o allergie alimentari **SI** **NO** (se sì, allego certificato medico).

La quota di partecipazione prevede l'iscrizione base di € 30 e una quota settimanale comprensiva di mensa di € 65.
 [Si ha diritto ad un rimborso parziale in caso di assenza prolungata e motivata. Il rimborso mensa è previsto nel caso di assenza di almeno 3 giorni consecutivi comunicata anticipatamente]
 LA QUOTA GITE È ESCLUSA E VERRÀ COMUNICATA DI VOLTA IN VOLTA TRAMITE IL VOLANTINO SETTIMANALE.

Attenzione:
 La Parrocchia-Oratorio San Giovanni Bosco **declina** ogni responsabilità in caso si verificano furti o danni durante la Proposta Estate (**non portare** con sé **oggetti di valore** come denaro, cellulari, videogames, IPod o altri giochi).
 Ci riserviamo, in caso di necessità, di modificare i laboratori richiesti all'atto dell'iscrizione.

Io sottoscritto (COGNOME E NOME DEL GENITORE) _____
 autorizzo mio figlio a partecipare alla Proposta Estate e a tutte le attività in essa programmate (attività manuali, ludiche e sportive, gite).
 Trieste, _____ Firma leggibile del genitore (o tutore) _____

NON COMPILARE: riservato alla segreteria

Già iscritto l'anno scorso
 Presenta il modulo Privacy

FASCIA D'ETÀ
 piccoli medi grandi
 SQUADRA _____
 Inserito in data _____

	Sdb	Oma
ISCRIZIONE BASE	€ _____	
QUOTA € 65 per _____ settimane	€ _____	€ 65 per ____ settimane
TOTALE Sdb	€ _____	Totale Oma € _____

Ric. Sigla segreteria _____