

AQVACAMP

MODULO DI ISCRIZIONE

I Sottoscritt _____

Nome _____ Cognome _____

Nome _____ Cognome _____

Genitori di _____

Nat_ il __/__/__ a _____ (____)

Tel _____ Mail _____

CHIEDO

Al centro AQVACLVB di Grumello del Monte di iscrivere mio/mia figlio/figlia a AQVACAMP

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Lun 22 – Ven 26 Giugno | <input type="radio"/> Lun 27 – Ven 31 Luglio |
| <input type="radio"/> Lun 29 Giu – Ven 3 Luglio | <input type="radio"/> Lun 3 – Ven 7 Agosto |
| <input type="radio"/> Lun 6 – Ven 10 Luglio | <input type="radio"/> Lun 10 - Ven 14 Agosto |
| <input type="radio"/> Lun 13 – Ven 17 Luglio | <input type="radio"/> Lun 17 - Ven 21 Agosto |
| <input type="radio"/> Lun 20 – Ven 24 Luglio | <input type="radio"/> Lun 24 – Ven 28 Agosto |

Numero totale settimane: ____ X 190 € a settimana = _____ € totale

PAGAMENTO A MEZZO:

contanti bonifico carta credito/bancomat

COORDINATE BANCARIE: IT83J031115314000000001958, UBI Banca, agenzia Grumello del Monte

DICHIARO

Di aver preso visione del programma organizzativo della giornata e dei laboratori, di aver letto le linee guida nazionali per i centri ludico-ricreativi estivi e relative ordinanze regionali. Mio/mia figlio/figlia è in possesso dei requisiti richiesti e condivide le finalità del suddetto centro.

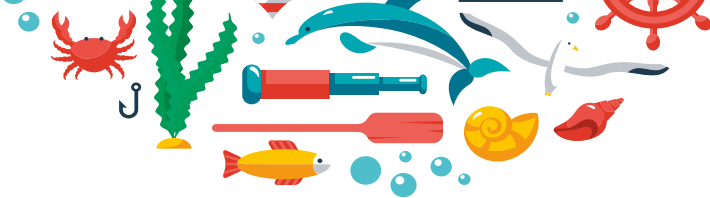
Data _____ Firma _____

I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità di gestione del rapporto contrattuale e gestione amministrativa contabile. I dati verranno trattati con modalità cartacea e informatizzati. Potranno essere usati per scopi pubblicitari. Il titolare del trattamento è il centro Aquaclub Srl Ssd, in via Don P. Belotti, 49 a Grumello del Monte. Le ricordiamo che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui l'Art.7 del D.Lgs n° 196/2003 e successive modifiche contattando direttamente il titolare del trattamento.

Data _____ Firma _____

ALLEGRO

I seguenti moduli compilati: Modulo Iscrizione, Buona salute, Privacy, Corresponsabilità, Distinta di pagamento in caso di pagamento con bonifico



AQVACAMP

INFORMAZIONI UTILI

Numeri da contattare in caso di necessità

Nome _____ Cognome _____ Tel _____

Legame con il bimbo _____

Nome _____ Cognome _____ Tel _____

Legame con il bimbo _____

Nome _____ Cognome _____ Tel _____

Legame con il bimbo _____

Indicare se presenti eventuali allergie per:

- Alimenti
- Piante
- Medicine
- Polveri
- Medicine salvavita con certificato medico:

Arriverò al Campus accompagnato/a da _____

Ritournerò a casa accompagnato/a da _____

Obbligatoria, eventuale delega a persona maggiorenne per il ritiro

Nome e Cognome _____

N. Carta d'Identità _____

Grado di parentela _____

Il delegato dovrà essere provvisto di documento

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE

Necessaria solo per bambini dai 6 agli 11 anni.

Io Sottoscritto _____

Autorizzo mi figli _____

ad uscire dal centro AQVACLVB di Grumello del Monte, accompagnato dagli animatori, per recarsi presso strutture comunali, al bisogno per attività ludiche e ricreative.

Data _____ Firma _____

