



**ISCRIZIONE Centro Estivo 2025**  
**UFFICIO SEGRETERIA – Tel. 0163/826869**  
 - lunedì/venerdì 9.30 – 12.30  
 ufficioecarers@gmail.com

**DATI DEL GENITORE**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_  
 EMAIL \_\_\_\_\_

**DATI DEL BAMBINO/A**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_  
 ANNO DI NASCITA \_\_\_\_\_  
 SCUOLA/ CLASSE FREQUENTATA A.S. 2024/2025 (fino 1° Media) \_\_\_\_\_  
 CODICE DELLA MENSA \_\_\_\_\_

**☀ RESIDENTI (selezionare i servizi di interesse) - COSTO PASTO E MERENDA EURO 5,00**

	<b>FULL TIME</b> 8.30-17	<b>PART TIME</b> 8.30-12	<b>PART TIME</b> 13 – 17	<b>PRE</b> 7.30 8.30	<b>POST</b> 17-18	<b>PRANZO MENSA</b>	<b>PRANZO A CASA</b>
<input type="checkbox"/> 01/04 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 07/11 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14/18 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21/25 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 28 LUG. /1 AGOSTO	<input type="checkbox"/> 40,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 25,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**☀ NON RESIDENTI (selezionare i servizi di interesse) - COSTO PASTO E MERENDA EURO 5,00**

	<b>FULL TIME</b> 8.30-17	<b>PART TIME</b> 8.30-12	<b>PART TIME</b> 13 – 17	<b>PRE</b> 7.30 8.30	<b>POST</b> 17-18	<b>PRANZO MENSA</b>	<b>PRANZO A CASA</b>
<input type="checkbox"/> 01/04 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 07/11 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14/18 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21/25 LUGLIO	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 28 LUG. /1 AGOSTO	<input type="checkbox"/> 50,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 30,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/> 5,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IL PAGAMENTO DELLE QUOTE VERRA' EFFETTUATO CON IL MODELLO PAGOPA INVIATO PER MAIL**

Ad ogni iscrizione verranno aggiunti Euro 5,00 per la copertura assicurativa

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Informativa ai sensi del Regolamento UE G.D.P.R.(2016/679) I dati sopra riportati sono prescritti dalle normative vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*





**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/PATOLOGIE/PRECAUZIONI**

Il sottoscritto ..... genitore dell'alunno/a ..... frequentante il servizio di .....

**DICHIARA**

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i

.....  
.....

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i o diagnosi certificata/e

- dislessia
- discalculia
- disortografia
- altro \_\_\_\_\_

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i patologia/e

.....  
.....

- che il proprio/a figlio/a non presenta alcuna allergia/intolleranza alimentare
- che il proprio/a figlio/a non presenta alcuna diagnosi certificata
- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna patologia

**ALTRE NOTE O SEGNALAZIONI**

.....  
.....

Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....



## DELEGA PER IL RITIRO DI MINORI DAL CENTRO ESTIVO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### DELEGO

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ al ritiro del minore o dei minori sopracitati, presso il  
Centro estivo di \_\_\_\_\_

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ al ritiro del minore o dei minori sopracitati, presso il  
Centro estivo di \_\_\_\_\_

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ al ritiro del minore o dei minori sopracitati, presso il  
Centro estivo di \_\_\_\_\_

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ al ritiro del minore o dei minori sopracitati, presso il  
Centro estivo di \_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Il genitore

(O titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_