

Domanda ricevuta il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017 alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_ N° \_\_\_\_  
 (in caso di iscrizioni superiori alle 60 unità, garantirà l'inserimento il numero di iscrizione entro il 60)

(allegare alla domanda di iscrizione: copia della carta d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria regionale)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO INVERNALE 2017-18**

Cognome e Nome genitore			
Residenza (via, n. civico, città)			
Codice Fiscale			
Email			
Cellulare	(mamma)	(papà)	(altro)

**CHIEDE**

L'iscrizione del/la proprio figlio/a .....  
 Nato/a il ...../...../..... a ..... Residente in .....  
 Scuola Frequentata (2017/18) .....

Al **centro invernale** istituito presso lo Spazio MAST, via San Martino 22, Rho (MI), nei giorni:

	27 dicembre 2017		02 gennaio 2018
	28 dicembre 2017		03 gennaio 2018
			04 gennaio 2018
	29 dicembre 2017		05 gennaio 2018
Per un costo complessivo di: _____ € (compilazione a cura della Cooperativa)			

Il/la Sottoscritto/a si impegna a depositare il saldo dell'intera quota al momento dell'iscrizione (si ricordano le tariffe: € 16 per il singolo giorno di frequenza, € 42 per la frequenza di 3 giorni consecutivi, 55€ per la frequenza di 4 giorni consecutivi, € 95 per la frequenza dell'intero periodo) nelle seguenti modalità:

- contanti
- carte
- bonifico bancario

Tale quota NON verrà restituita in caso di mancata frequentazione del servizio.

In caso di mancata attivazione del servizio, la quota verrà interamente rimborsata ai seguenti estremi:

IBAN .....

Intestatario del conto ..... Banca .....

Si segnala:

- che il/la proprio/a figlio/a necessita di un educatore di sostegno
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per allergia/intolleranza (come da certificazione medica consegnata per l'a. s. in corso) ai seguenti alimenti .....
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per motivi religiosi (come da autocertificazione in vigore per l'a.s. in corso);

Il/la Sottoscritto/a comunica che l'orario di uscita prescelto per il/la proprio/a figlio/a è:

- 13.30-14.00
- 15.30-16.00
- 16.45-18.00

Il/la Sottoscritto/a autorizza che il/la proprio/a figlio/a venga riaffidato/a al termine delle attività programmate al Sig/Sig.ra

\_\_\_\_\_ Documento d'Identità n° \_\_\_\_\_ (da fotocopiare e allegare) che su espressa delega si assume la responsabilità di custodia esonerando pertanto la Cooperativa Sociale LaFucina ONLUS da ogni responsabilità.

Il/la Sottoscritto/a autorizza che il/la proprio/a figlio/a sia ripreso/a con foto e registrazioni audio video durante tutte le attività previste per scopi informativi, formativi e di documentazione dell'esperienza

- SI
- NO

Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali di questo modulo ai sensi D.LGS 196/2003

- SI
- NO

Rho \_\_\_\_\_

Firma (genitore) \_\_\_\_\_