



# Colonia estiva di Tenna

Il Comune di Tenna e APPM Onlus in collaborazione l'associazione Ora Noi Tenna organizza per l'estate 2020 una colonia diurna rivolta ai bambini e ragazzi dai 6 ai 13 anni del territorio.

Si propongono spazi di gioco, socialità e crescita personale e si vuole offrire sostegno alle famiglie nel conciliare i tempi lavorativi con i tempi di cura dei figli.

Il servizio è gestito dal personale educativo coordinato dal Centro socio educativo territoriale – Ambito territoriale 2 – A.P.P.M. Onlus (Associazione Provinciale per i Minori) e si avvale della collaborazione dell'Associazione Ora Noi Tenna.

Verranno applicati i protocolli di sicurezza, igiene e prevenzione vigenti nel momento di attuazione del centro estivo.

Precisiamo che, ad oggi, verranno stabiliti degli orari personalizzati di accesso per evitare assembramenti. Ad oggi è in vigore il "PROTOCOLLO SALUTE E SICUREZZA – COVID-19 SERVIZI CONCILIATIVI ED ESTIVI 2020 PER BAMBINI ED ADOLESCENTI VER.1 – 03 giugno 2020" emanato dal Comitato provinciale di Coordinamento in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro della Provincia autonoma di Trento, del quale vi riportiamo il capitolo 2.5.2 relativo alla Procedura di triage: "La procedura di triage prevede che sia vietato l'accesso o la permanenza presso la struttura/attività a chiunque manifesti sintomatologia influenzale e/o temperatura superiore a 37,5° o contatti con persone positive o con sintomi suggestivi per Covid-19. Chiunque manifestasse a domicilio sintomi influenzali e/o temperatura superiore a 37,5°C o venisse a contatto con persone positive o con sintomi suggestivi per Covid-19 è tenuto a contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e a seguirne le 11 indicazioni. Il Servizio igiene attraverso l'inchiesta epidemiologica contatterà i contatti stretti. L'ente gestore deve collaborare con i Servizi Igiene per l'inchiesta epidemiologica. Al momento dell'accesso alla struttura/sede di attività tutti i soggetti devono comunicare l'assenza di temperatura superiore ai 37,5° C e/o sintomi influenzali e di contatti con persone positive o con sintomi suggestivi per Covid-19. Per i minori tali condizioni sono comunicate dagli adulti responsabili. Prima di accedere alla struttura i soggetti potranno essere sottoposti al controllo della temperatura. La struttura deve pertanto disporre di adeguati strumenti di rilevazione della temperatura, preferibilmente quelli che non prevedono il contatto. Tali strumenti vanno disinfettati con salviette imbevute con alcol al 70% prima e dopo l'utilizzo e comunque se vengono a contatto con persone o superfici."





## COLONIA ESTIVA di Tenna

### INFORMAZIONI GENERALI

DESTINATARI: bambini e ragazzi dai 6 ai 13 anni

ORARIO DEL SERVIZIO: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.30

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: 20 – 31 luglio 2020**

SEDE DI RIFERIMENTO: Baita degli Alpini – Via Alberè 35 – Tenna (TN)

FASCIA ORARIA	ORARIO	COSTO SETTIMANALE
ORDINARIA	08.30-16.30	€ 100
<b>PRANZO AL SACCO</b>		

Le domande di iscrizione possono essere inviate via mail o presentate presso il Centro Diurno e Aperto Ambito Territoriale 2, Levico Terme, V.lo Crocefisso, 12 – cell 345 7900488 Tel 0461/707466  
mail: [levico@appm.it](mailto:levico@appm.it)

Ciascuna settimana di colonia sarà attivata solo a fronte di un **minimo di 5 iscritti**.

Saranno organizzati gruppi di massimo 7 bambini/ragazzi.

Le iscrizioni saranno a numero chiuso (per un massimo di 14 iscritti) e seguiranno dei criteri di priorità.

### COME PAGARE

La quota complessiva per le settimane scelte dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario entro il mercoledì precedente la settimana scelta.

Qualora non venga rispettato tale termine l'iscrizione sarà considerata nulla.

Estremi per il pagamento:

Associazione Provinciale Per i Minori IBAN: IT55D0830401807000007351908

Causale: Colonia Diurna Tenna, **codice 43, Cognome Nome del figlio/a**

### BUONI DI SERVIZIO

Si segnala che esiste la possibilità di usufruire dei Buoni di Servizio, cofinanziati dal Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014/2020 della Provincia Autonoma di Trento. Per ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Paola Scarnato, referente per i buoni di servizio dell'Associazione Provinciale per i Minori, allo 0461/829896.





## MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a (*dati del genitore/tutore*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	email:

chiede l'iscrizione di:

(*dati del primo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

20/07 – 24/07	27/07 – 31/07
---------------	---------------

(*dati del secondo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

(*dati del terzo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

20/07 – 24/07	27/07 – 31/07
---------------	---------------



### IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di aver preso visione della nota informativa dell'iniziativa;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà del minore;
- che si intendono richiedere i Buoni di Servizio alla Provincia Autonoma di Trento;

SI

NO

- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati nella fascia prescelta;
- di autorizzare le uscite esterne del/dei proprio/i figlio/i;
- di impegnarsi a comunicare entro le ore 9.00 del mattino l'eventuale assenza del minore.

### DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE PER I MINORI ONLUS

- si riserva la facoltà di non procedere alla realizzazione di iniziative per le quali non venga raggiunto almeno 5 iscritti;

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

\_\_\_\_\_



**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** (dati del genitore/tutore)

Cognome:	Nome:
----------	-------

**COMUNICA**

*ALLERGIE AGLI ALIMENTI*

- che il proprio figlio/figlia non è allergico ad alcun alimento.  
 che il proprio figlio/figlia è allergico ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

---

---

*INTOLLERANZE ALIMENTARI*

- che il proprio figlio/figlia non è intollerante ad alcun alimento.  
 che il proprio figlio/figlia è intollerante ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

---

---

**AUTORIZZA**

le seguenti persone a ritirare il minore presso la sede ove si svolge la colonia estiva:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(le persone autorizzate dovranno esibire carta d'identità o altro idoneo documento identificativo)

**AUTORIZZA**

Il proprio figlio a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI  NO

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

---

---