



## ESTATE INSIEME BORGO VALSUGANA 2021

### INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comunità di Borgo Valsugana

SEDE DI RIFERIMENTO: Struttura sportiva Le Valli

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: 14 giugno – 27 agosto 2021

DESTINATARI: bambini dai 6 agli 11 anni

QUOTA DI ISCRIZIONE SETTIMANALE:

FASCIA ORARIA	ORARIO	COSTO SETTIMANALE
ORDINARIA	8.00 - 16.00	€ 110,00
PART-TIME	8.00 - 14.00	€ 90,00
<b>PRANZO INCLUSO TUTTI I GIORNI</b>		
Sconto 10% dal secondo figlio iscritto		

Le domande di iscrizione devono essere presentate via mail all'indirizzo [caborgo@appm.it](mailto:caborgo@appm.it)

L'organizzazione della colonia consente agli educatori di seguire da vicino i bambini, dare loro attenzione, cogliere i loro bisogni e di proporre un ritmo rilassato di vacanza durante la giornata.

Le proposte educative sono caratterizzate, in particolare, da attività di laboratorio, giochi all'aperto e piccole uscite sul territorio.

### COME PAGARE

La quota complessiva per le settimane scelte dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario. Chi usufruirà dei Buoni di Servizio pagherà quello che risulterà dal Progetto, quindi farà il bonifico dopo aver ricevuto il Progetto.

Estremi per il pagamento:

Associazione Provinciale Per i Minori

IBAN: IT55D0830401807000007351908

Causale: **Estate Borgo codice 63, nome 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, al numero 0461829896.





## 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

Settimana	Fascia ordinaria (8:00 - 16:00)	Fascia part-time (8:00 - 14:00)
Dal 14 al 18 giugno		
Dal 21 al 25 giugno		
Dal 28 giugno al 02 luglio		
Dal 05 al 09 luglio		
Dal 12 al 16 luglio		
Dal 19 al 23 luglio		
Dal 26 al 30 luglio		
Dal 02 al 06 agosto		
Dal 09 al 13 agosto		
Dal 16 al 20 agosto		
Dal 23 al 27 agosto		

*(dati del secondo figlio)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

Settimana	Fascia ordinaria (8:00 - 16:00)	Fascia part-time (8:00 - 14:00)
Dal 14 al 18 giugno		
Dal 21 al 25 giugno		





Dal 28 giugno al 02 luglio		
Dal 05 al 09 luglio		
Dal 12 al 16 luglio		
Dal 19 al 23 luglio		
Dal 26 al 30 luglio		
Dal 02 al 06 agosto		
Dal 09 al 13 agosto		
Dal 16 al 20 agosto		
Dal 23 al 27 agosto		

### 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

Se "SI" indicare il monte ore lavorativo settimanale della madre: \_\_\_\_\_

- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati;
- di autorizzare le uscite esterne del/dei proprio/i figlio/i (a piedi, con il pullman o altro mezzo di trasporto);
- di impegnarsi a comunicare entro le ore 9.30 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 il limite minimo di 15 iscritti;
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
  - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento;
  - o nessun rimborso per ritiri successivi (80% in caso di presentazione di certificato medico);
  - o nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa;

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/i minore/i presso la struttura Le Valli a Borgo Valsugana:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

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

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

---

---

