



COLONIA DIURNA ESTATE 2021 HAPPY SUMMER

INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comune di Lavis

SEDE DI RIFERIMENTO: Centro socio educativo territoriale APPM- via Clementi 50 Lavis

DESTINATARI: bambini dai 6 agli 11 anni

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: dal 12 al 16 e dal 19 al 23 luglio, dal 02 al 06 e dal 16 al 20 agosto

FASCIA ORARIA	ORARIO	COSTO SETTIMANALE	SCONTI
ORDINARIA	LUN – MAR – GIO 08.00-16.30 MER – VEN 08.00 – 14.00	€ 85,00	€ 10,00 a settimana ulteriori fratelli iscritti
ANTICIPO	7.30 – 8.00	€ 95,00	
Pranzo al sacco tutte le giornate			

Le domande di iscrizione devono essere presentate entro il 22 giugno 2021

Si accoglierà un massimo di 20 iscritti a settimana (la disponibilità dei posti farà riferimento all'ordine di data di presentazione delle domande).

Ciascuna settimana di colonia sarà attivata solo a fronte di un **minimo di 12 partecipanti**.

Per ulteriori informazioni: **0461/240466** | **345/7089153** | diurnolavis@appm.it

COME PAGARE

La quota per le settimane scelte dovrà essere saldata, in un'unica soluzione, esclusivamente tramite bonifico bancario, **entro e non oltre il 22 giugno 2021**. 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, **codice 48, nome figlio/a**

N.B. La copia del bonifico va consegnata o inviata tramite mail al Centro Diurno.

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 345/7900912.





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

12 – 16 luglio	19 – 23 luglio	02 – 06 agosto	16 – 20 agosto
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

nella fascia oraria

Ordinaria	Anticipo (7.30 – 8.00)
------------------	-------------------------------

(dati del secondo figlio)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

12 – 16 luglio	19 – 23 luglio	02 – 06 agosto	16 – 20 agosto
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

nella fascia oraria

ordinaria	Anticipo (7.30 – 8.00)
------------------	-------------------------------



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 orario lavorativo settimanale della mamma _____

- 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 7.30/8.00 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 della settimana di colonia per la quale non venga raggiunto il numero di almeno 12 iscritti;
- accoglierà un massimo di 20 iscritti a settimana (*la disponibilità dei posti farà riferimento all'ordine di data di presentazione delle domande*);
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
 - o 80% per ritiri entro venerdì 22 giugno 2021;
 - 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 minore presso il Centro Diurno di Lavis, ove si svolge la colonia estiva:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

AUTORIZZA

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

SI NO

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE
