



## ESTATE INSIEME SCURELLE 2021

### INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comunità Valsugana e Tesino

SEDE DI RIFERIMENTO: Centro Sportivo – via Beniamino Donzelli, Scurelle

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: 05 luglio – 30 luglio 2021

DESTINATARI: bambini dai 6 agli 11 anni

QUOTA DI ISCRIZIONE SETTIMANALE:

ORARIO	COSTO SETTIMANALE
8.00 - 13.00	€ 75,00
Sconto 10% dal secondo figlio iscritto	
<b>PRANZO ESCLUSO</b>	

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: **Colonia Scurelle codice 58, 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

<b>Settimana</b>	<b>08.00 – 13.00</b>
Dal 05 al 09 luglio	
Dal 12 al 16 luglio	
Dal 19 al 23 luglio	
Dal 26 al 30 luglio	

(*dati del secondo figlio*)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

<b>Settimana</b>	<b>08.00 – 13.00</b>
Dal 05 al 09 luglio	
Dal 12 al 16 luglio	
Dal 19 al 23 luglio	
Dal 26 al 30 luglio	



### 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 08.30 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 12 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 il Centro Sportivo in via Beniamino Donzelli:

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

---