



A.P.D. PRO COLLEGGNO COLLEGGNESE
ESTATE 2018
SETTIMANE SPORTIVE
Scheda d'Iscrizione
(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

DATI DEL GENITORE

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. (____)

E-mail: _____

Tel. 1 _____ (nome e parentela _____)

Tel. 2 _____ (nome e parentela _____)

Tel. 3 _____ (nome e parentela _____)

DATI DEL/DELLA BAMBINO/A

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

<u>SETTIMANE SPORTIVE SCELTE (quota settimanale € 70,00):</u>	
	a cura della Segreteria
<input type="checkbox"/> 1^ SETTIMANA (dal 11 al 15 giugno)	€ _____,_____
<input type="checkbox"/> 2^ SETTIMANA (dal 18 al 22 giugno)	€ _____,_____
<input type="checkbox"/> 3^ SETTIMANA (dal 25 giugno al 29 giugno)	€ _____,_____
<input type="checkbox"/> 4^ SETTIMANA (dal 2 luglio al 8 luglio)	€ _____,_____
<input type="checkbox"/> 5^ SETTIMANA (dall'11 luglio al 13 luglio)	
	-
<input type="checkbox"/> Sconto fratello: € 5,00/settimana	- € _____,_____
<input type="checkbox"/> Sconto + di 1 settimana: € 5,00/settimana	- € _____,_____
	TOTALE = € _____,_____

OPZIONI GRATUITE:

Ingresso Anticipato (dalle ore 8,00 alle ore 9,00) SI NO

Uscita Posticipata (dalle ore 16,30 alle ore 17,30) SI NO

PRANZO:

- al sacco
- presso nostro circolo "Amici della Pro"

PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DEL/DELLA BAMBINO/A

- 1) Cognome e nome _____ Parentela _____
- 2) Cognome e nome _____ Parentela _____
- 3) Cognome e nome _____ Parentela _____

LIBERATORIA SETTIMANE SPORTIVE PRO COLLEGNO ESTATE 2018

Io sottoscritto/a _____

Genitore del minore _____

In riferimento a mio/a figlio/a iscritto/a alla/e Settimane Sportive Pro Collegno 2018, autorizzo l'A.P.D. Pro Collegno Collegnese, titolare dei dati e delle immagini, a riprendere mio/a figlio/a in immagini fotografiche e/o cinematografiche, a scopo didattico e/o per la realizzazione di pubblicazioni in formato cartaceo e/o virtuale (sito Internet e Social Network).

Firma del genitore

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'A.P.D. Pro Collegno Collegnese può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini propri (ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. N. 196/2003).

Firma del genitore

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento delle Settimane Sportive Pro Collegno Estate 2018.

Data _____

Firma del genitore

MODULO PER USUFRUIRE

DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE DEL CIRCOLO "AMICI DELLA PRO".

Il/La sottoscritto/a _____,
genitore di _____, anno di nascita _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di ristorazione del Circolo "Amici della Pro" durante le Settimane Sportive.

A tal proposito, dichiaro che mio/a figlio/a non presenta/presenta allergie alimentari e non segue/segue una dieta speciale (in caso affermativo indicare qui sotto quali allergie alimentari e/o quale dieta speciale):

Firma del genitore

SETTIMANE SPORTIVE SCELTE

- 1^ SETTIMANA (dall'11 al 15 giugno)
- 2^ SETTIMANA (dal 18 al 22 giugno)
- 3^ SETTIMANA (dal 25 giugno al 29 giugno)
- 4^ SETTIMANA (dal 2 luglio al 6 luglio)
- 5^ SETTIMANA (dall'11 luglio al 13 luglio)

Data _____