

MODULO ISCRIZIONE CAMPO GIOCHI 2023
presso
PALESTRA LOSCHI via piazzale loschi ,230
(In mezzo alle scuole medie e il bocciodromo)

Dati del genitore

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Provincia _____ e-mail _____

Codice fiscale _____

Dati del bambino/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapiti telefonici

Nome Cognome madre _____ cell. _____

Nome Cognome padre _____ cell. _____

Altri recapiti telefonici _____

CAMPO GIOCHI 2023

Barrare le settimane interessate

GIUGNO

☐ 1^A 12/ 6 al 16/ 6 ☐ 2^A 19 / 6 al 23/ 6

☐ 3^A 26/ 6 al 30/ 6

LUGLIO

☐ 4^A 03 / 7 al 07 / 7 ☐ 5^A 10 / 7 al 14 / 7

☐ 6^A 17 / 7 al 21 / 7 ☐ 7^A 24 / 7 al 28 / 7

Sono eventualmente interessato anche alle seguenti settimane, consapevole che verranno organizzate solo se presente un numero sufficiente di partecipanti .

AGOSTO - SETTEMBRE

☐ 8^A 31/ 7 al 04/ 8 ☐ 9^A 07/8 al 11/8 ☐ 10^A 21/8 al 25/8

☐ 11^A 28/8 al 01 /9 ☐ 12^A 04/9 al 08/9

Ingresso dalle 7:30 alle 9:00

☐ **TURNO SPORTIVO (medie)** - Mattino 7:30 / 12:30 € 50,00 senza pasto

☐ **TURNO SPORTIVO (medie)** - Mattino 7:30 / 14:30 € 55,00 con pasto a parte

Centro estivo 6/11 anni

☐ **TURNO B** - Mattino dalle ore 7:30 alle ore 12.30 € 50,00
6/11 anni

☐ **TURNO A** - Mattino dalle ore 7:30 alle ore 15:00 € 60,00 con pasto a parte
6/11 anni

Costo del pasto € 6,80 (Portare certificato medico per eventuali allergie)

☐ **TURNO A+** - tutto il giorno – dalle ore 7:30 alle ore 18:30 la prima settimana € 80,00
6/11 anni

A seguire la 2^A-3^A-4^A settimana € 70,00 - la 5^A-6^A-7^A settimana € 65,00 – l'8^A settimana € 60,00

Costo del pasto € 6.80 (Portare certificato medico per eventuali allergie)

☐ **TURNO C** - Solo pomeriggio dalle 14:00 alle 18:30 € 35.00
6/11 anni

☐ Sconto fratelli sul turno A+ € 2,50 a fratello

INDICAZIONE DELLE PERSONE AUTORIZZATE OLTRE AL SOTTOSCRITTORE A RITIRARE IL FIGLIO/A

Io sottoscritto _____

Esercitante la potestà genitoriale su _____

DELEGO

In mia assenza le seguenti persone a ritirare mio figlio al termine del centro estivo

NOME COGNOME (tipo di parentela) _____

NOME COGNOME (tipo di parentela) _____

NOME COGNOME (tipo di parentela) _____

NOME COGNOME (tipo di parentela) _____

Firma leggibile

Data _____

AUTORIZZO

Il rientro a casa di mio figlio/a dal Centro Estivo, **senza** accompagnatori

Firma leggibile

Data _____



In caso affermativo dichiarando che l'autorizzazione è liberamente e interamente concessa in forma gratuita, confermando di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

2) Attività promozionali del CSI - In relazione al trattamento dei dati personali dell'interessato per finalità di marketing diretto/ricerche di mercato del CSI nei termini sopra esposti

Esprime il proprio consenso

Nega il proprio consenso

3) Attività promozionali di Terzi - In relazione al trattamento dei dati personali dell'interessato per finalità di comunicazione al CONI ovvero ai soggetti sopra indicati per loro proprie iniziative di marketing diretto/ricerche di mercato nei termini sopra esposti

Esprime il proprio consenso

Nega il proprio consenso

Con la sottoscrizione del presente modello l'atleta (in caso di minore, anche chi esercita su di lui la responsabilità genitoriale) dichiara, ai sensi dell'art. 1341 c.c., di aver preso visione, accettare integralmente e osservare incondizionatamente le norme statutarie, tecniche, organiche del CSI nonché le garanzie assicurative abbinate alla tessera, le cui condizioni e termini sono pubblicati e consultabili sul sito www.csi-net.it

Il bambino soffre di allergie e/o intolleranze da segnalare?	SI	NO
In caso di risposta affermativa allegare la modulistica necessaria		

Il bambino necessita della somministrazione di un farmaco in modo continuativo?	SI	NO
In caso di risposta affermativa allegare la modulistica necessaria		

La famiglia ha fatto richiesta di partecipazione al bando conciliazione vita lavoro?	SI	NO
In caso di risposta affermativa comunicare i dati del genitore che ne ha fatto richiesta		

Carpi, data _____ Firma per esteso e leggibile _____

SETTIMANE RICHIESTE

	Turno A fino alle 15:00	Turno B fino alle 12:30	Turno A+ fino alle 18:30	Turno C dalle 14:00
Dal 12 al 16 giugno				
Dal 19 al 23 giugno				
Dal 26 al 30 giugno				
Dal 3 al 7 luglio				
Dal 10 al 14 luglio				
Dal 17 al 21 luglio				
Dal 24 al 28 luglio				
Le settimane seguenti verranno attivate solo al raggiungimento di un numero minimo di bambini partecipanti				
Dal 31 lug al 4 agosto				
Dal 7 al 11 agosto				
Dal 21 al 25 agosto				
Dal 28 ago al 1 settembre				
Dal 4 al 8 settembre				

NOTE:

C.S.I. CARPI SPORT S.S.D. a R.L.
41012 CARPI (MO) – Via Peruzzi, 22
Codice Fiscale 90042100363
Partita Iva 03761610363
Tel. 059- 685402
E-Mail: csicarpisport@csicarpi.it

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E FARMACOLOGICHE
RICHIESTA PASTO ALTERNATIVO**

Il/La sottoscritto/a _____
genitore del bambino/a _____
frequentante il centro estivo 6/11 anni CSI Carpi Sport S.S.D. a R.L.

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

attestate dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

☐ Richiede il pasto alternativo per motivi etici e/o religiosi ☐ Dieta senza maiale e derivati
☐ Dieta vegetariana
☐ Dieta vegana

☐ presenta le seguenti allergie farmacologiche

Carpi, li _____

Firma dei genitori

