



#### BAMBINO

Nome..... Cognome.....

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

Codice Fiscale.....

Via..... CAP..... Città.....

#### MAMMA

Nome..... Cognome..... Cod. Fiscale.....

Cell..... Email.....

#### PAPÀ

Nome..... Cognome..... Cod. Fiscale.....

Cell..... Email.....

Con la presente, il/la sottoscritto/a..... genitore di.....

Dichiara di voler iscrivere il proprio figlio/a presso il campus "Le Farfalle APS" per il periodo sotto indicato

#### GIUGNO

1° settimana 09-13	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
2° settimana 16-20	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
3° settimana 23-27	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni

#### LUGLIO

1° settimana 30-4	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
2° settimana 7-11	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
3° settimana 14-18	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
4° settimana 21-25	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
5° settimana 28-1	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni

#### AGOSTO

1° settimana 4-8	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
2° settimana 11-14	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
3° settimana 18-22	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
4° settimana 25-29	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni

#### SETTEMBRE

1° settimana 1-5	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni
2° settimana 8-12	<input type="checkbox"/> Mattino	<input type="checkbox"/> Mattino + Pranzo	<input type="checkbox"/> Intera Giornata	<input type="checkbox"/> Pacchetto 3 giorni

#### INGRESSO AL CAMPUS DALLE 07.45 ALLE 09:00

#### BAMBINI 3 - 5 ANNI

ORARI	TARIFFA SETTIMANALE	TARIFFA MENSILE (4 SETTIMANE)	*PACCHETTO 3 GIORNI
07:45 - 13:45	100 €	380 €	60 €
07:45 - 17:00	130 €	500 €	90 €

#### BAMBINI 6 - 10 ANNI

ORARI	TARIFFA SETTIMANALE	TARIFFA MENSILE (4 SETTIMANE)	*PACCHETTO 3 GIORNI
07:45 - 13:45	75 €	280 €	55 €
07:45 - 17:00	100 €	380 €	80 €

#### BAMBINI 11 - 14 ANNI

ORARI	TARIFFA SETTIMANALE	TARIFFA MENSILE (4 SETTIMANE)	*PACCHETTO 3 GIORNI
07:45 - 13:45	60 €	200 €	40 €
07:45 - 17:00	80 €	250 €	60 €

SCONTO 10 % SECONDO FIGLIO - SCONTO 15 % TERZO FIGLIO (SOLO SU PACCHETTO MENSILE)

SCONTO 10 % GRUPPO

\*Nel caso di "pacchetto 3 giorni" entro il venerdì della settimana corrente devono essere comunicati i giorni della settimana successiva in cui il bambino frequenterà il campus

\*\* Tutti i pacchetti: in caso di assenza il giorno può essere recuperato solo a fronte di certificato medico o se previamente concordato con l'associazione

\*\*\* Nel caso di bambini con legge 104, l'associazione, prima di ritenere valida l'iscrizione, necessita di valutare il bambino mediante un periodo di prova, al fine di comunicare alla famiglia la possibilità o meno di garantire il servizio richiesto, e se questo necessita di un costo aggiuntivo, da concordare insieme, legato ad attività specifiche o all'inserimento di operatori dedicati.

## ISCRIZIONE E ASSICURAZIONE ANNUALE 30 EURO

### COSTI EXTRA

- ☐ MERENDA ☐ MERENDA CON IL CAMPUS (1€) ☐ MERENDA DA CASA  
☐ PRANZO ☐ PRANZO 1 (4€) ☐ PRANZO 2 (6€)  
☐ CORSO NUOTO

TUTTI I PAGAMENTI DOVRANNO AVVENIRE ANTICIPATAMENTE PER TUTTO IL PERIODO RICHIESTO TRAMITE:

- ☐ BONIFICO BANCARIO
- INTERSTATO A: LE FARFALLE APS
  - IBAN: IT56E0303215401010000001360
- ☐ CONTANTI

### DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ☐ TESSERA SANITARIA REGIONALE del bambino/a  
☐ FOTOCOPIA C.I. e C.F. Genitore firmatario  
☐ AUTOCERTIFICAZIONE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE E ASSENZA DI PATOLOGIE  
☐ INDICARE EVENTUALI INTOLLERANZE

I genitori dovranno provvedere a mettere nello zaino il seguente materiale:

- bottiglietta d'acqua
- merenda (se si sceglie di portarla da casa)
- crema solare alta protezione
- telo mare
- costume di ricambio
- sacchetto per riporre costume bagnato

I Bimbi sono liberi di portare i propri giocattoli ma il Campus non si assume nessuna responsabilità in caso di smarrimento o danneggiamento

### AUTORIZZAZIONE FOTO E VIDEO

☐ AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA l'Associazione a riprodurre l'immagine del minore e ad utilizzare tale immagine per scopi didattici e di documentazione dell'attività svolta all'interno del Campus Estivo ai sensi della legge n. 633/1941.

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno utilizzati dall'Associazione "Le Farfalle APS" nel pieno rispetto dei principi fondamentali, dettati dalla direttiva 95/46/CE del Parlamento Europeo relativa alla tutela delle persone fisiche.

**Il Bambino sarà rilasciato solo a persone autorizzate**

### PERSONE AUTORIZZATE AL RILASCIO DEL BAMBINO/A

Il/la Sottoscritto/a..... Autorizza il ritiro del proprio figlio/a alle seguenti persone:

Cognome e Nome .....

Cognome e Nome .....

La responsabilità di "Le Farfalle APS" cessa nel momento in cui il minore viene affidato alla persona delegata

**Data**

**Firma**

.....

.....

\*L'associazione Le Farfalle APS si riserva la facoltà di recedere dal presente contratto qualora avvisi l'impossibilità di adempierlo a regola d'arte con restituzione della quota versata proporzionalmente al servizio non goduto

Associazione Le Farfalle APS - [associazionelefarfalle12@gmail.com](mailto:associazionelefarfalle12@gmail.com) - Tel. 328.1799920 - C.F. 91122290686 - Le Farfalle APS