

**MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE "CAMP ESTIVO DANZA E NON SOLO..." 2021**

DATI DEL PARTECIPANTE			
Cognome _____	Nome _____		
Luogo di nascita _____	Prov. ( _____ )	Data di nascita ____/____/____	
C. F. _____	Via/Piazza _____	n° _____	
Comune _____	CAP _____	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Telefono _____	E-mail _____		
DATI DEL GENITORE			
Cognome _____	Nome _____		
C. F. _____			

**CHIEDE la partecipazione di mio/a figlio/a al Camp Estivo "Danza e non Solo... 2021" :**

**Per il seguente gruppo:**

**Per la seguente sede:**

"GRUPPO 1" dai 4 ai 5 anni		
"GRUPPO 2" dai 6 ai 7 anni		Sede di Monfalcone, Via San Polo 19
"GRUPPO 3" dai 8 ai 9 anni		Sede di Duino-Aurisina, Loc. Duino 5/D
"GRUPPO 4" dai 10 ai 13 anni		

**Per il seguente periodo:**

**Metodo di pagamento scelto:**

1 - dal 14 Giugno al 18 Giugno		Bonifico bancario intestato a: A.S.D. ILYDANCE STUDIO  IT 11 I 02008 64611 000102987327 (Unicredit)
2 - dal 21 Giugno al 25 Giugno		
3 - dal 28 Giugno al 2 Luglio		
4 - dal 5 Luglio al 9 Luglio		
5 - dal 12 Luglio al 16 Luglio		Versamento quota in sede (Contati, Carta o Bancomat)
6 - dal 19 Luglio al 23 Luglio		
7 - dal 26 Luglio al 30 Luglio		
8 - dal 2 Agosto al 6 Agosto		
9 - dal 9 Agosto al 13 Agosto		
10 - dal 16 Agosto al 20 Agosto		
11 - dal 23 Agosto al 27 Agosto		

- Giornate o e orari: dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- Quota di partecipazione settimanale compresa di assicurazione € 75,00 . Sconto di € 10,00 sulla seconda quota per fratello/sorella
- Numero di posti limitati secondo le vigenti linee guida regionali
- L'assistenza ai ragazzi sarà garantita dal momento dell'ingresso fino all'uscita dagli insegnanti incaricati "A.S.D. Ilydance Studio"
- All'uscita i minori verranno consegnati ai genitori o ad altri maggiorenni muniti di documento delegati per iscritto dai genitori
- obbligo di certificato medico per attività sportiva non agonistica per fini assicurativi. Sotto i 6 anni non obbligatorio ma consigliato.
- non sarà fornita la merenda. Comunicare comunque eventuali intolleranze, allergie o altro di cui gli operatori devono essere a conoscenza
- I dati dei partecipanti saranno trasmessi all'Azienda Sanitaria di competenza secondo le vigenti normative regionali.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_