GIOCAestaTE 2018
MEDIE

INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comune di Primiero San Martino di Castrozza
SEDE DI RIFERIMENTO: Fiera di Primiero
PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: dal 25 al 29 giugno; dal 16 al 20 luglio.
DESTINATARI: ragazzi dai 12 anni (nati nel 2006) ai 14 anni (nati nel 2004)
ORARIO DEL SERVIZIO: Residenziale

FASCIA ORARIA	ORARIO	COSTO SETTIMANALE
LIGNANO SABBIADORO	residenziale	€ 245.00
VAL DI SOLE	residenziale	€. 180.00

- **La tariffa settimanale è comprensiva di tutti i costi** (mensa, uscite sul territorio, laboratori, accessi a strutture pubbliche).
- **Sconto** di €10 a settimana sulla quota relativa ad altri figli iscritti in settimane congiunte.
- Ai ragazzi più grandi non è preclusa l'iscrizione anche alle settimane riservate alle scuole elementari qualora ve ne fosse l'esigenza.

Le domande di iscrizione devono essere presentate entro il **18/05/2018** presso la sede dello Spazio Giovani di Primiero, Via Dante, 3 tel.: 0439/763186, cell. 345/7401050 email: spaziogiovaniprimiero@appm.it.
Le domande di iscrizioni sono anche disponibili direttamente al sito www.appm.it.

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, allo 0461/829896.
N.B. Chi usufruisce dei Buoni di Servizio, una volta formalizzata l'iscrizione, sarà contattato da APPM Onlus per la predisposizione del progetto di erogazione di servizio (PES). In sede di elaborazione del PES verrà comunicato ad ognuno la quota esatta da pagare.

PAGAMENTI

Al momento dell'iscrizione verrà richiesto il versamento tramite bonifico bancario di un anticipo del 30% non rimborsabile in caso di ritiro del minore.
NB: Le attività sono a numero chiuso, sarà possibile iscriversi fino all'esaurimento dei posti (**16**). L'anticipo vale come iscrizione. La quota restante dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario **entro e non oltre venerdì 1 giugno 2018.**
Qualora non venga rispettato tale termine l'iscrizione sarà considerata nulla.

Estremi per il pagamento: Associazione Provinciale Per i Minori
IBAN: IT55D0830401807000007351908
Causale: Colonia Diurna, **codice 53, cognome e nome figlio/a**

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

PERIODO	PROPOSTA
25 – 29 Giugno	SMS: sole, mare, spiaggia. LIGNANO SABBIADORO
16 – 20 Luglio	VAL DI SOLE ADVENTURE

chiede l'iscrizione di:

(dati del secondo figlio)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

PERIODO	PROPOSTA
25 – 29 Giugno	SMS: sole, mare, spiaggia. LIGNANO SABBIADORO
16 – 20 Luglio	VAL DI SOLE ADVENTURE

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 orario lavorativo settimanale della mamma: ……..
  - Se si sceglie la settimana di Ferragosto indicare il monte orario lavorativo della mamma in tale settimana ……
- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati nella fascia prescelta;
- 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 8.00 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 almeno 10 iscritti;
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
    - 80% per ritiri entro venerdì 8 giugno 2018;
    - 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento;
    - nessun rimborso per ritiri successivi (80% in caso di presentazione di certificato medico);
    - nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa;

ESPRIME IL CONSENSO

a ricevere da parte dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus materiale informativo e promozionale riguardante future iniziative dell'ente tramite email.

SI ☐ NO☐

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003
Si informa che i dati personali conferiti con la presente iscrizione saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle immagini suindicate, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta. Si comunica infine che la scrivente Associazione è titolare dei dati e che il dott.ass.soc Mario Magnani è il responsabile del trattamento degli stessi.

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

- **Certificato medico** di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico;

- Per chi usufruisce dei **Buoni di Servizio**:

    - Fotocopia del **Documento d'Identità** del genitore richiedente;
    - Fotocopia del **Codice Fiscale** del genitore richiedente e dei minori del nucleo familiare.

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DELLE IMMAGINI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *(dati del genitore/tutore)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	email:

GENITORE/TUTORE DEL MINORE *(dati del minore)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:

AUTORIZZA

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma di immagini e video del minore sul sito internet dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dell'Ente e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo e documentale, ed eventualmente promozionale.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.

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):

_____
_____

ALTRO DA SEGNALARE

_____
_____

AUTORIZZA

le seguenti persone a ritirare il minore presso la sede ove si svolge la colonia estiva:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(le persone autorizzate dovranno esibire carta d'identità o altro idoneo documento identificativo)
Nel caso in cui all'inizio della settimana di attività si decide di far rientrare il minore a casa da solo va richiesto il modulo d'autorizzazione agli educatori

AUTORIZZA

Il proprio figlio a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI ☐ NO☐

DATA FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

_____ _____