Associazione
Vivere
San Martino

GIOCAestaTE 2018
San Martino di Castrozza

INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comune di Primiero San Martino di Castrozza
SEDE DI RIFERIMENTO: Località San Martino di Castrozza
PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: dal 2 Luglio al 31 agosto 2018
DESTINATARI: bambini dai 6 anni (nati nel 2012) ai 14 anni (nati nel 2004)
ORARIO DEL SERVIZIO: DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

<table>
<tr><th>FASCIA ORARIA</th><th>ORARIO</th><th>COSTO SETTIMANALE</th><th>SCONTI</th></tr>
<tr><td>ORDINARIA</td><td>09.00 - 16.00</td><td>€. 73.00</td><td rowspan="3">€10 a settimana sulla quota relativa ad altri figli iscritti in settimane congiunte</td></tr>
<tr><td colspan="3">La tariffa settimanale è comprensiva di tutti i costi (mensa, uscite sul territorio, laboratori, accessi a strutture pubbliche).
Sono previste due uscite settimanali con pranzo al sacco a carico delle famiglie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Frequenza senza pranzo con uscita alle 12.00 e rientro alle 13.30</td><td>€. 57.00</td></tr>
</table>

Le domande di iscrizione devono essere presentate entro il **07/06/2018** presso la sede della Scuola Elementare di San Martino di Castrozza, Via Laghetti, 46, oppure entro il **22/06/2018** presso la sede dello Spazio Giovani Primiero, Via Dante, 3.
Le domande di iscrizioni sono anche disponibili direttamente al sito www.appm.it.
Ciascuna settimana di Centro Estivo sarà attivata a fronte di un **minimo di 8 iscritti**.

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, deve contattare la Sede dello Spazio Giovani Primiero e, 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

La quota complessiva per le settimane scelte dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario **entro e non oltre venerdì 22 Giugno 2018.** Qualora non venga rispettato tale termine l'iscrizione sarà considerata nulla.
Per chi usufruisce dei buoni di servizio, il pagamento avverrà al momento della presentazione del progetto.
Estremi per il pagamento: Associazione Provinciale Per i Minori
IBAN: IT55D0830401807000007351908
Causale: Colonia Diurna, **codice 61, cognome e nome figlio/a**

Associazione
Vivere
San Martino

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

02 - 06 luglio	9 - 13 luglio	16 - 20 luglio	23 - 27 luglio	30 - 3 agosto
06 - 10 agosto	13 - 17 agosto	20 - 24 agosto	27 – 31 agosto	

nella fascia oraria

Ordinaria con Pasto Completo (09.00-16.00)
Frequenza senza pranzo con uscita alle 12.00 e rientro alle 13.30

(dati del secondo figlio)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

02 - 06 luglio	9 - 13 luglio	16 - 20 luglio	23 - 27 luglio	30 - 3 agosto
06 - 10 agosto	13 - 17 agosto	20 - 24 agosto	27 – 31 agosto	

nella fascia oraria

Ordinaria con Pasto Completo (09.00-16.00)
Frequenza senza pranzo con uscita alle 12.00 e rientro alle 13.30

Associazione Vivere San Martino

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 8 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 29 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

_____ _____

Associazione Vivere San Martino

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

- **Certificato medico** di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico;
- **Certificato di conformità vaccinale** per i bambini che hanno frequentato l'ultimo anno di scuola dell'infanzia;

- 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/i minore/i)*

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 _____

Associazione
Vivere
San Martino

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):

_____
_____

CAPACITA' IN BICI (barrare con una X)

USA LE ROTELLE	APPENA TOLTE LE ROTELLE
AMATORIALE	FREQUENTATO CORSO BICI

CALCIO (barrare con una X)

MAI GIOCATO	GIOCATO TRA AMICI
FREQUENTATO CORSO CALCIO	

CAPACITA' IN PISCINA (barrare con una X)

NON SA NUOTARE	NUOTA CON SUPPORTI
NUOTA IN AUTONOMIA	

ALTRO DA SEGNALARE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Associazione
Vivere
San Martino

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

_____