

L'A.S.D. ASSOCIAZIONE SPORT CODOGNO ,
IN COLLABORAZIONE CON IL COMUNE DI SAN COLOMBANO AL LAMBRO
ORGANIZZA



CENTRO RICREATIVO ESTIVO DIURNO 2017 IL GIRASOLE – SPORT PER TUTTI

DAL 10 LUGLIO AL 4 AGOSTO per tutti i bambini e ragazzi dai 3 ai 16 anni presso
i locali della SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE (PER I BAMBINI DAI 3 AI 5
ANNI) E PRESSO IL CENTRO SPORTIVO RICCARDI (dai 6 ai 15 anni)

TUTTI I GIORNI DAL LUNEDI' AL VENERDI' 7.30-17.30

RIUNIONE di presentazione del PROGETTO SPORTIVO/EDUCATIVO alle famiglie
VENERDI' 19 MAGGIO 2016 ORE 21.00
presso la sala Consigliare del Comune.

Per informazioni tel. 0371-293236 / 0371-293203

tel. 338 6598684/333 9933310 sportcodogno@libero.it

o

ATTIVITA' SPORTIVE VARIE, GITA

LABORATORI MANUALI,
EDUCATIVI, CREATIVI.

ISCRIZIONI

Sarà possibile consegnare
l'iscrizione presso l'Ufficio
Protocollo del Comune o
direttamente allo staff
dell'A.S.C. il giorno della
riunione. Il pagamento della 1°
settimana sarà effettuato
durante la serata. Le iscrizioni
continueranno ad essere
accettate durante il cred con il
preavviso di almeno un giorno
necessario ad attivare la
copertura assicurativa, fino ad
esaurimento posti.

COSTI DI FREQUENZA

Giornata intera: € 60,00 per settimana
per bambino residente, a partire dal
2°figlio € 5,00 di sconto per bambino.
Mezza Giornata €30,00 a settimana ,
€ 25,00 a partire dal 2°figlio;
Post cred (fino alle 18.30)
€ 5 a settimana
da versare con la quota settimanale
servizio offerto al raggiungimento di
n°10 partecipanti per settimana.

**NOTTE IN TENDA,
GITA,
FESTA CRED**

**GIORNATE IN
PISCINA,
GIORNATE
SPORTIVE, USCITE
SUL TERRITORIO**

Scheda di iscrizione

Io sottoscritto in qualità di

ISCRIVO AL C.R.E.D. 2017

Nome Cognome

Data di nascita.....C.F.

Indirizzo

Per le settimane(indicare con crocetta)

LUGLIO 10/14 17/21 24/28 31/7 - 4/8

Post cred per le settimane.....

Il bambino/ragazzo soffre di disturbi abituali(patologie,allergie o altro) ?

SI NO Se si specificare quali

Prende medicinali salvavita per i quali è necessario avviare protocollo di
somministrazione ?

SI NO Se si specificare quali

E' richiesto il servizio mensa ? SI NO

(se richiesta dieta far pervenire certificazione)

NOTE

Do il consenso ad effettuare foto/riprese video SI NO

In caso di necessità indicare a chi ci si deve rivolgere

Nome Cognome

Parentela

Telefoni

Indirizzo

FIRMA

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e succ.mod. AUTORIZZO il trattamento dei dati
conferiti all' a.s.d. A.S.C. per le finalità consentite dalla legge