



Domanda di iscrizione al CAMPUS CLOTILDE (compilata dal genitore che effettuerà il pagamento della retta)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente in Via _____ CAP _____

e-mail _____ cell _____

FOTOCOPIA DEL C.F. del genitore che paga la retta del campus

CHIEDE l'iscrizione al **CAMPUS CLOTILDE** del proprio bambino/a

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____

FOTOCOPIA del C.F bambino

Acconsento Non Acconsento

al trattamento dei miei dati nella misura necessaria per le finalità proprie della società ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996

Il Richiedente Firma _____

iscrizione settimanale

dal 3/07 al 7/07

dal 10/07 al 14/07

dal 17/07 al 21/07

dal 24/07 al 28/07

tutto il mese di luglio
dal 3 al 31

Part Time

- Tempo normale
- Tempo lungo

- Part time
- Tempo normale
- Tempo Lungo


- Part time
- Tempo normale
- Tempo Lungo


- Part time
- Tempo normale
- Tempo Lungo

Part time

- Tempo normale
- Tempo Lungo


A tal proposito DICHIARA

 Che il bambino/a ha assolto gli obblighi vaccinali previsti dall'età (D.L. n°73, 7/06/2017) **si allega certificazione vaccinale**

 Che il bambino/a soffre di **ALLERGIE**, specificare quali _____

si allega certificazione medica attestante l'allergia


 Che il bambino/a **NON** soffre di ALLERGIE

 Che il bambino/a soffre di **INTOLLERANZE ALIMENTARI** specificare quali _____


si allega certificazione medica attestante intolleranza alimentare

 Che il bambino/a **NON** soffre di INTOLLERANZE ALIMENTARI

 Di conoscere e accettare le condizioni della privacy

 Di sapere che l'iscrizione al campus richiede il pagamento della tariffa corrispondente al periodo di frequenza e che tale tariffa deve essere versata almeno 15 giorni prima dell'inizio del campus specificando nome e cognome

del bambino/a e causale di pagamento su **IBAN IT45H0538723301000003525664** c/c intestato a **ESSEQUADRO SRL IMPRESA SOCIALE BPER BANCA AGENZIA 1 CARPI**

 Di sapere che in caso di interruzione di frequenza per motivi diversi dalla malattia certificata, la **quota di iscrizione non viene rimborsata**

Data

Firma

TARIFFA SETTIMANALE

Part Time	dalle 7,30 alle 13,00	137,00 euro
Tempo normale	dalle 7,30 alle 16,00	155,00 euro
Tempo lungo	dalle 7,30 alle 18,15	182,00 euro

TARIFFA MENSILE

Part time	dalle 7,30 alle 13,00	522,00 euro
Tempo normale	dalle 7,30 alle 16,00	572,00 euro
Tempo lungo	dalle 7,30 alle 18,15	602,00 euro