



**Domanda di iscrizione al CAMPUS COLORADO 0/3 anni** (compilata dal genitore che effettuerà il pagamento della retta)

**MESE DI LUGLIO 2023**

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 COLORADO** 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

Part Time  
 Tempo normale  
 Tempo lungo

dal 10/07 al 14/07

Part time  
 Tempo normale  
 Tempo Lungo

dal 17/07 al 21/07

Part time  
 Tempo normale  
 Tempo Lungo

dal 24/07 al 28/07

Part time  
 Tempo normale


- tutto il mese di luglio  
dal 3 al 31

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 IT78Z0538723301000000862261** c/c intestato a **COLORADO S.N.C. DI SINIGALIA SILVIA E ZALDINI SONIA 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

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

### TARIFFA MENSILE

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