



Domanda di iscrizione al CAMPUS MATILDE 3/6 (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

dal 10/07 al 14/07

dal 17/07 al 21/07

dal 24/07 al 28/07

Part Time
 Tempo normale
 Tempo lungo

Part time
 Tempo normale
 Tempo Lungo

Part time
 Tempo normale
 Tempo Lungo


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 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

Tempo normale dalle 7,30 alle 16,00 **95,00 euro**
Tempo prolungato dalle 7,30 alle 18,15 **120,00 euro**

TARIFFA MENSILE comprende il costo di una uscita

Tempo pieno dalle 7,30 alle 16,00 **300,00 euro**
tempo prolungato dalle 7,30 alle 18,15 **340,00 euro**