



Comitato Territoriale Prato – APS
Via Roma, 276 - PRATO
C.F. 92006280488

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO: CIRCOLO _____

Il sottoscritto			
nato a		il	
C.F.			
residente a		cap	
Via			
Telefono (nr.di reperibilità)			
e.mail			

In qualità di genitore/tutore del minore			
nato a		il	
residente a		cap	
Via			
Età	3/5 anni	6/11 anni	12/17 anni
C.F.			

CHIEDE

CHE IL SUDDETTO MINORE POSSA PARTECIPARE AL CENTRO ESTIVO NEI SEGUENTI PERIODI:

☐	Settimana	dal 14/6 al 18 /6	☐	Settimana	dal 21 /6 al 26/6
☐	Settimana	dal 28/6 al 2/7	☐	Settimana	dal 5 /7 al 9/7
☐	Settimana	dal 12/7 al 16/7	☐	Settimana	dal 19/7 al 23/7
☐	Settimana	dal 26/7 al 30/7			

TEMPO LUNGO ☐

TEMPO CORTO ☐

DICHIARA
AUTORIZZA
SI IMPEGNA

di aver preso visione e concordare il regolamento del centro estivo
gli educatori a portare il suddetto minore eventualmente fuori dalla struttura
a pagare l'intera quota esclusivamente tramite bonifico bancario al momento
dell'iscrizione.

ALLEGA

ogni eventuale notizia di rilievo sul minore.

COMUNICA

i nominativi delle persone autorizzate ad accompagnare e riprendere il minore
(si impegna a fornire copia del documento di identità il primo giorno di
frequenza)

DATA

FIRMA
