

MODULO DI ISCRIZIONE

**ESPERIENZA ESTIVA "ANAGUSLAV 2022"**

**Ragazzi/e 7-14 anni**

(Si prega cortesemente di compilare in stampatello maiuscolo)

---

**BAMBINO/A**

NOME E  
COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE  
\_\_\_\_\_

DATA DI  
NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**GENITORE O TUTORE DEL MINORE**

NOME E COGNOME  
\_\_\_\_\_

TEL. 1 \_\_\_\_\_ TEL. 2  
\_\_\_\_\_

EMAIL  
1 \_\_\_\_\_

EMAIL  
2 \_\_\_\_\_

---

**PERIODO (barrare le settimane interessate)**

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 13-17 Giugno           | <input type="checkbox"/> 20-24 Giugno    | <input type="checkbox"/> 27 Giugno - 1 Luglio |                                       |
| <input type="checkbox"/> 04-08 Luglio           | <input type="checkbox"/> 11-15 Luglio    | <input type="checkbox"/> 18-22 Luglio         | <input type="checkbox"/> 25-29 Luglio |
| <input type="checkbox"/> 01-05 Agosto<br>Agosto | <input type="checkbox"/> 08-12 Agosto    | <input type="checkbox"/> 15-19 Agosto         | <input type="checkbox"/> 22-26        |
| <input type="checkbox"/> 28 Agosto – 2 Sett.    | <input type="checkbox"/> 05-09 Settembre |   |                                       |

---

## ORARIO

Dal lunedì al mercoledì 7:30 – 16:30

Giovedì 7:30 + "Notte sotto le stelle"

Venerdì ritiro bambini/e entro ore 12:00

## COSTI

- 15 per quota Iscrizione e Copertura Assicurativa (da pagare per ogni bambino una sola volta)

+

- Quota 1° settimana → € 90
- Quota 2° settimana → € 80
- Quota dalla 3° settimana in poi → € 70
- Sconto fratelli 10 % (applicabile dal 2° 3° fratello)

Si ricorda che per i bambini dai 5 anni in su la quota del camp è deducibile in Dichiarazione dei redditi.

- Il pranzo e la merenda saranno al sacco, tranne la cena della "Notte sotto le stelle" del giovedì e la colazione del venerdì mattina che saranno offerte da Anaguslav.

---

## INFORMAZIONI SU ISCRIZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

Le iscrizioni si effettuano compilando Modulo di Iscrizione on line (info@anaguslav.it) e il versamento della quota va saldato tramite bonifico entro 10 giorni dall'inizio della settimana/e prescelta/e.

- bonifico su IBAN: **IT12 K081 7834 6600 0000 2004 686**

Intestato a: ADS VOLLEY CIVEZZANO

Causale: Nome e Cognome Bambino / "Anaguslav Camp Ragazzi"

- La quota non è rimborsabile ma si può recuperare con la partecipazione ad altre settimane di Camp.
- Le iscrizioni vengono accolte fino ad esaurimento posti
- La settimana verrà confermata al raggiungimento del numero minimo di iscritti

**N.B: Si ricorda che al presente modulo dovrà essere allegato il documento d'identità del genitore o tutore del minore e certificato di idoneità sportiva non agonistica.**

Per maggiori informazioni:



320 0966702 Giulia

**info@anaguslav.it**

Programma dettagliato e elenco attività su : [www.anaguslav.it](http://www.anaguslav.it)

## **AUTORIZZAZIONI**



### INFORMATIVA PRIVACY

Alla sottoscrizione del presente modulo consegue il consenso al trattamento dei dati personali in esso contenuti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali)

Firma \_\_\_\_\_



### USCITE SUL TERRITORIO

Con la presente si autorizza il bambino/a

\_\_\_\_\_ a prendere parte alle uscite e alle escursioni programmate da Anaguslav.

Firma \_\_\_\_\_



### AUTORIZZAZIONE RIPRESE AUDIO/VIDEO

Autorizzo il personale di Anaguslav ad effettuare foto e/o riprese video durante lo svolgimento delle attività del camp e sono consapevole che le stesse potranno essere pubblicate sul sito internet o su materiale informativo e pubblicazioni varie

SI

NO

Firma \_\_\_\_\_



**AUTORIZZAZIONE INVIO INFO**

Autorizzo il personale di Anaguslav a trasmettermi materiale informativo e/o pubblicitario circa le attività proposte dalla società, ai contatti da me indicati

SI       NO

Firma \_\_\_\_\_



**MODULO COMUNICAZIONE INTOLLERANZE/ALLEGIE/MEDICINALI**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore di \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE**

- che il proprio figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello)

.....  
.....  
.....  
.....

- che il proprio figlio/a deve assumere i seguenti medicinali, sotto il controllo di un educatore, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco.....

Posologia.....

Farmaco.....

Posologia.....

- Note / Cose che dobbiamo sapere

.....  
.....  
.....

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_