

**Modulo di richiesta iscrizione
SUMMER CAMP 2024 U.S. SAN MARCO**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
(Nome e cognome del genitore o di chi ne fa le veci)

Chiedo l'iscrizione di mio figlio/a all'attività estiva denominata "SUMMER CAMP 2024 U.S. SAN MARCO", che si svolgerà presso l'impianto sportivo Umberto Busani in via Don Sturzo, dal 10 giugno al 5 luglio 2024 con l'organizzazione della società sportiva U.S. SAN MARCO B.M.

A tal fine, valendomi delle disposizioni di cui agli artt.5,46,e 47(ed all'art.3 qualora il cittadino sia straniero UE o extra UE) del t.u. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n.445/200 e successive modifiche e/o integrazioni, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici previsti dall'art.75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità DICHIARO quanto segue:

Dati del/della ragazzo/a

COGNOME _____	NOME _____	SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
NATO A _____	IL _____	RESIDENTE A _____		
IN VIA _____	N. _____	C.F. _____	<small>(codice fiscale del bambino)</small>	
RECAPITI TEL:		<i>MADRE</i> _____	<i>PADRE</i> _____	
ALTRI (specificare) _____				
MAIL _____				

Periodo e servizio richiesto:

SETTIMANE 1[^] 10 giu -14 giu 2[^] 17 giu -21 giu 3[^] 24 giu - 28 giu 4[^] 01 lug -05 lug

GIORNATA INTERA

MATTINA (08.30-12.15)

PASTO

EVENTUALI NOTE PER IL PASTO _____
Allergie o intolleranze alimentari

Costi:

Giornata intera con pranzo compreso (consegnato da ditta esterna) frutta al mattino e merenda pomeridiana:

1 settimana 120€ - 2 settimane 220€ - 3 settimane 300€ - 4 settimane 390€

Mezza giornata con frutta e pasto: 1 settimana 95€ - 2 settimane 180€ - 3 settimane 250€ - 4 settimane 330€

Mezza giornata con frutta senza pasto (uscita alle 12.15 ed eventuale rientro ore 14): 1 settimana 70€ -

2 settimane 130€ - 3 settimane 190€ - 4 settimane 250€

Pagamento:

presso nostra sede o tramite bonifico bancario intestato a U.S. SAN MARCO B.M.
Iban IT98N030691175410000003275 – Causale : Nome e Cognome bambino/a e numero settimane di adesione al camp

Persone autorizzate oltre ai genitori al ritiro del minore (allegare fotocopia documento d'identità)

NOME E COGNOME	TIPOLOGIA DI RAPPORTO	RECAPITO TELEFONICO

DATA _____ FIRMA _____