

## CENTRO ESTIVO: SCUOLA INFANZIAA BIELLA -VILLAGGIO LAMARMORA

### PREMESSA ALLA COMPILAZIONE

Si invita a leggere attentamente prima della compilazione:

- I dati inseriti nel campo “**Genitore 1**” saranno utilizzati per l’intestazione della fattura del Centro Estivo.
- Si raccomanda di compilare tutti i campi in modo **corretto e completo**.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Il pagamento del Centro Estivo è previsto con **cadenza settimanale**.
- In caso di iscrizione a più settimane, si **consiglia di effettuare un unico pagamento cumulativo** per l’intero periodo, al fine di semplificare la gestione amministrativa.
- Il pagamento deve essere effettuato **anticipatamente**, entro la settimana precedente l’inizio della frequenza.

### DATI PER IL BONIFICO

**INTESTATARIO:** COOPERATIVA DI SOLIDARIETA' SOCIALE LA FAMIGLIA

**IBAN:**

IT77F0608522371000032323268

**CAUSALE DEL BONIFICO (OBBLIGATORIA)**

Indicare sempre:

**Nome e Cognome del bambino**

**Periodo di frequenza** (es. dal ... al ...)

**Nome del Centro Estivo:**

- Primaria Villaggio Lamarmora

**IMPORTANTE**

Il mancato rispetto delle tempistiche di pagamento o l’assenza di una causale corretta può compromettere la corretta registrazione dell’iscrizione.

Mail alla quale inviare la domanda di iscrizione: [centroestivoprimariabiella2026@@gmail.com](mailto:centroestivoprimariabiella2026@@gmail.com)  
Per informazioni: 3474442897 Cooperativa Sociale La Famiglia

## 1. DATI DEL/LA BAMBINO/A da iscrivere

- Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- Data di nascita \_\_\_\_\_
- Codice fiscale \_\_\_\_\_
- Residenza \_\_\_\_\_

## 2. DATI DEI GENITORI

### Genitore 1

- Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- Telefono \_\_\_\_\_  
 Autorizzo l'utilizzo del numero di telefono per comunicazioni relative al servizio e per la condivisione di foto e video delle attività
- Email \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

### Genitore 2

- Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- Telefono \_\_\_\_\_  
 Autorizzo l'utilizzo del numero di telefono per comunicazioni relative al servizio e per la condivisione di foto e video delle attività
- Email \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## SETTIMANE DI FREQUENZA

### Selezionare le settimane di interesse:

- **Periodo: dal 15 giugno al 31 luglio 2026**
  - 15 – 19 giugno
  - 22 – 26 giugno
  - 29 giugno – 3 luglio
  - 6 – 10 luglio
  - 13 – 17 luglio
  - 20 – 24 luglio
  - 27 – 31 luglio

Crociare fascia ISEE di riferimento:

- Fascia A – ISEE da € 0,00 a € 4.000,00 → € 15,00 a settimana
- Fascia B – ISEE da € 4.000,01 a € 8.000,00 → € 28,00 a settimana
- Fascia C – ISEE da € 8.000,01 a € 12.000,00 → € 41,00 a settimana
- Fascia D – ISEE da € 12.000,01 a € 16.000,00 → € 54,00 a settimana
- Fascia E – ISEE da € 16.000,01 a € 20.000,00 → € 67,00 a settimana
- Fascia F – ISEE da € 20.000,01 a € 24.000,00 → € 80,00 a settimana
- Fascia G – ISEE da € 24.000,01 a € 28.000,00 → € 93,00 a settimana
- Fascia H – ISEE oltre € 28.000,00 → € 106,00 a settimana
- Non residenti → € 110,00 a settimanali

**PERSONE DELEGATE AL RITIRO DEL/LA BAMBINO/A**

Nome e Cognome	Codice Fiscale	Documento di riconoscimento (tipo e n°)	Grado parentale / altro

**AUTORIZZAZIONI**

Barrare la scelta:

Attività	Autorizzo	Non autorizzo
<b>Uscite sul territorio (passeggiate, attività esterne)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Attività ludico-ricreative con acqua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Riprese fotografiche e video per finalità educative e documentative ad uso esclusivo del genitore (con crittografia end-to-end)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le autorizzazioni sopra indicate si intendono valide per l'intero periodo di frequenza del centro estivo.

**INFORMAZIONI SANITARIE DEL MINORE**

Barrare le voci che interessano:

- Nessuna segnalazione
- Allergie alimentari
- Allergie ambientali
- Intolleranze alimentari
- Patologie rilevanti
- Necessità di dieta specifica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**In caso di segnalazioni, specificare:**

---

---

**Somministrazione farmaci**

- Il minore non necessita di somministrazione di farmaci
- Il minore necessita di somministrazione di farmaci (in tal caso allegare autorizzazione medica)

**Dichiarazione**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver fornito tutte le informazioni utili alla tutela della salute del minore.

**Firma Genitore 1**

---

**Firma Genitore 2**

---

I dati personali forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per finalità connesse alla gestione del servizio di centro estivo. Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, garantendo la tutela della riservatezza dei dati.