

## MODULO D'ISCRIZIONE GREST 2025 - GIALLONI -

Il centro giovanile Pierino Valer (Centro Syn don Bosco APS), in collaborazione con le parrocchie di Don Bosco e San Pio X, organizza due settimane di attività per bambini/e e ragazzi/e dai 4 ai 14 anni. L'attività si svolgerà dal lunedì al venerdì, **dalle ore 8:00 alle ore 16:00 (16:30 per i gialloni)** presso la **Parrocchia di San Pio X**. Durante il GREST si effettueranno **due GITE** (una a settimana) per le quali verrà chiesto il **pranzo al sacco**.

**I ragazzi/Le ragazze che hanno iniziato nell'anno scolastico 2024/2025 il ciclo delle scuole superiori possono partecipare al GREST come GIALLONI.**

**I ragazzi/Le ragazze che nell'anno scolastico 2024/2025 hanno frequentato la terza media e gli incontri di formazione "Work in proGrest" potranno partecipare al GREST come GIALLONI.**

I GIALLONI **non devono pagare alcuna quota d'iscrizione** perché sono considerati attivi costruttori, **MA è necessario che diventino soci dell'Associazione pagando la quota associativa di 15,00€.**

**Se nel 2025 la quota è già stata versata perché si è partecipato ad altre attività non sarà necessario tesserarsi nuovamente.**

Ai GIALLONI è chiesto di seguire gli adulti presenti nelle responsabilità che gli verranno affidate e di avere cura di tutti/e i/le bambini/e presenti.

Per l'iscrizione è necessario compilare il modulo sottostante in ogni sua parte e consegnarlo agli educatori del centro giovanile entro il 30 maggio 2025.

### DATI GENITORE:

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale).....

Nato/a a ..... il .....

residente in via ..... n .....

Telefono ..... E-mail .....

### DATI FIGLIO/A:

Esercente la potestà sul/la

figlio/a .....

Nato/a a ..... il .....

Telefono.....

iscrive il/la proprio/a figlio/a al progetto **GREST 2025**

- dal 07.07.25 al 11.07.25**
- dal 14.07.25 al 18.07.25**

**Dichiara inoltre che:**

- Il/La proprio/a figlio/a soffre di **INTOLLERANZE/ALLERGIE?**

Si  No

Nel caso di risposta affermativa, **indicare le intolleranze/allergie** ed eventuali alimenti che non possono essere mangiati (si prega inoltre di **allegare il certificato medico**):

---

---

DATA.....

FIRMA.....