

MODULO D'ISCRIZIONE GREST 2025

- PARTECIPANTI -

Il centro giovanile Pierino Valer (Centro Syn don Bosco APS), in collaborazione con le parrocchie di S.G. Bosco e San Pio X, organizza due settimane di attività per bambini/e e ragazzi/e dai 4 anni (primo anno di scuola materna **concluso**) ai 14 anni. Il GREST si svolgerà **presso la Parrocchia di San Pio X** con i seguenti orari: **INGRESSO dalle 7:45 alle 8:00; USCITA: dalle 16:00 alle 16:15**. L'attività si ispirerà ai valori cristiani. La partecipazione a questi momenti non è obbligatoria e sarà comunque garantita la sorveglianza dei non partecipanti a tali momenti da parte dello staff di animatori. Durante il GREST si effettueranno **due GITE** (una a settimana) per le quali non verranno chieste ulteriori quote ma solo il **pranzo al sacco**.

Per l'iscrizione è necessario compilare il modulo sottostante in ogni sua parte, **consegnarlo di persona** (o tramite persona delegata) **il 10 marzo 2025** dalle ore **8:30 alle 20:30** presso il Centro Giovanile Pierino Valer (via Barletta 2) **oppure** tutti i **mercoledì e giovedì** (dal 19 marzo) dalle **9:00 alle 11:00** presso la segreteria parrocchiale di don Bosco (Piazza don Bosco 21).

Dalla segreteria riceverai una MAIL di conferma di iscrizione, con il corrispettivo da pagare e le modalità di pagamento. Salda la quota entro 30 giorni!

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

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**

al costo di **60 €** a settimana

+

15€ di quota associativa (se non ancora versata)

Dichiara inoltre che:

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

Sì 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**):

- Il/La proprio/a figlio/a potrà **USCIRE/ANDARE A CASA DA SOLO/A** dall'attività?

Sì No

Nel caso di risposta negativa, **indicare i nominativi** delle persone che potranno ritirarlo/a al termine dell'attività:

- Il/La proprio/a figlio/a è affetto da patologie per cui si è in possesso di una **DIAGNOSI** (per es. l.104, l.170..)?

Sì No

- Nel caso di risposta affermativa, **si prega di allegare il certificato con la diagnosi** che verrà trattato nel pieno rispetto delle normative sulla privacy.

- Esonera sia gli educatori che l'associazione da ogni responsabilità per danni derivanti da modi di agire non corretti del/la ragazzo/a e si fa carico degli eventuali guasti arrecati alle attrezzature e agli spazi usati per le attività;

DATA.....

FIRMA.....