

MODULO D'ISCRIZIONE MINI-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 quattro settimane di attività per bambini/e e ragazzi/e dai 7 ai 14 anni. L'attività si svolgerà dal lunedì al venerdì, **dalle ore 8:00 alle ore 12:30** presso la **Parrocchia di San Giovanni Bosco**.

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

I ragazzi che nell'anno scolastico 2024/2025 hanno frequentato la terza media e gli incontri di formazione "Work in proGrest" potranno partecipare al MINI-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 giugno 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 **MINI-GREST 2025**

- dal **04.08.25** al **08.08.25**
- dal **11.08.25** al **14.08.25** (venerdì **15.08.25** NON ci sarà l'attività)
- dal **18.08.25** al **22.08.25**
- dal **25.08.25** al **29.08.25**

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**):

DATA.....

FIRMA.....