



MODULO ISCRIZIONE

I sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori): *Scrivere in stampatello leggibile*

Nome	Nome																																								
Cognome	Cognome																																								
Nato/a il / / a	Nato/a il / / a																																								
provincia di (.....), residente in	provincia di (.....), residente in																																								
..... Via.....	 Via.....																																								
.....																																									
..... Prov.	 Prov.																																								
C.F. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					C.F. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenni:

(Nome e cognome del minore) _____ nato/a il ____/____/____,

a _____ Pr. (____), residente a _____ Pr. (____),

Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono / Cellulare _____

E-mail : _____

CHIEDO di essere iscritto al Campus :

19 al 23 Giugno	1°	MODULO	☐
26 al 30 Giugno	2°	MODULO	☐
03 al 07 Luglio	3°	MODULO	☐
10 al 14 Luglio	4°	MODULO	☐

COSTI :

Assicurazione - Iscrizione Euro 35,00

Quote modulo 1. 2. 3. 4 Euro 65,00 a modulo

ORARI:

ore 8.30 - 8.50 Accoglienza scaglionata **ore 12:00 – 12:30** Uscita scaglionata

Svolgimento attività didattiche ore 9:00 - 12:00

ABBIGLIAMENTO: comodo e sportivo;

Filarmonica "Leonardo da Vinci" - Associazione di promozione sociale

Via M. Cermenati, 27 - 50059 Vinci (Fi) - Tel. e Fax 0571 567771

Cod. Fisc. e Partita Iva 03749400481 - Pec: filarmonicadavinci@poste-certificate.it

www.filarmonicavinci.com - filarmonicadavinci@hotmail.it



SI DICHIARA INOLTRE DI ACCETTARE QUANTO SEGUE :

- * **L'ISCRIZIONE** sarà definitiva dopo la sottoscrizione e la consegna di tutti i documenti richiesti dalla Scuola di Musica "Leonardo da Vinci"
- * In caso di **intolleranze** alimentari è necessario avvisare la Direzione 349 - 72 30 596 (Bindi)
- * **Si esonera** la Filarmonica - Scuola di Musica "Leonardo da Vinci" "APS da qualsiasi responsabilità che non trovi copertura nella polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi e contro gli infortuni stipulata dalla Filarmonica - Scuola di Musica "Leonardo da Vinci" "Associazione di promozione Sociale APS concessionaria del servizio.
- * di aver preso visione dell'informativa Privacy e della liberatoria per l'utilizzo delle immagini dei minori.

ISCRIZIONI DA CONSEGNARE ENTRO E NON OLTRE MERCOLEDÌ 14 GIUGNO 2023

Solo dopo la conferma dell'iscrizione verrà richiesta la consegna degli allegati presso la segreteria della sede in via Mario Cermenati 27 - VINCI aperta nei giorni di Martedì - Mercoledì dalle ore 17:00 alle ore 18:30

Modalità di Pagamento

Versamento in contanti al momento della consegna degli allegati richiesti.

Allegati scaricabili al seguente link:

Sito Web: www.filarmonicavinci.com/centriestivi

Contatti:

Filarmonica – Scuola di Musica "Leonardo da Vinci" APS

Associazione promozione Sociale

Via M. Cermenati, 27 - 50059 Vinci (Fi)

Tel. 0571 567771 – 349 7230596

E-mail : filarmonicadavinci@hotmail.it

data e luogo

firma leggibile dei genitori



AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

In data _____ residente a _____

In via _____

Dichiara che mio figlio/a _____

Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del campo estivo (attività ricreative e manuali, etc..)

SEGNALAZIONI

Allergie _____

Intolleranze alimentari _____

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la Filarmonica – Scuola di Musica “ Leonardo da Vinci ” con sede in Vinci in Via Mario Cermenati, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo

DATA

FIRMA DEI GENITORI

madre _____

padre _____