

uscite

laboratori

teatro

**balli
di
gruppo**

sport

musica

giochi

**PERAROLO
DI VIGONZA**
**PRESSO LA SCUOLA DELL'INFANZIA
FERRANTE APORTI**

**CENTRO
ESTIVO
2019**



DAL 28 GIUGNO AL 2 AGOSTO

RIUNIONE DI PRESENTAZIONE

MERCOLEDI' 8 MAGGIO 2019

ORE 15.00

PRESSO LA SCUOLA

FERRANTE APORTI

Via Diaz, 65 - Perarolo di Vigonza (PD)

SPHERA S.S.D. a R.L.

Viale della Costituzione, 3 - 35010 Cadoneghe (PD)

Telefono: 0497388645 - Cell. 3481700697

E-mail: info@ssdsphera.it

Indirizzo pagina Web: www.ssdsphera.it



SEDE E PERIODO

I Centri Ricreativi Estivi 2019 gestiti da SPHERA S.S.D. a R.L., si svolgeranno:

- presso la Scuola dell'infanzia "Ferrante Aporti"

Via Diaz, 65 - Perarolo di Vigonza (PD)

per tutti i bambini che hanno frequentato una scuola dell'infanzia

da venerdì 28 giugno a venerdì 2 agosto 2019 dalle 7.45 alle 18.00.

L'entrata può essere effettuata entro le ore 9.00.

MODALITA' D'ISCRIZIONE

Le iscrizioni potranno essere effettuate entro il 10 giugno e in seguito solo fino all'esaurimento dei posti disponibili. L'iscrizione, che va effettuata compilando il modulo di tesseramento e il modulo di iscrizione con allegata la ricevuta di pagamento, potrà essere:

- consegnata ai responsabili di SPHERA S.S.D. al termine della riunione di presentazione;
- consegnata presso la sede di SPHERA S.S.D.: Palazzetto dello Sport "OLOF PALME" (Cadoneghe), entrata da via Donizetti solo ed esclusivamente dal martedì al giovedì dalle 16.00 alle 19.00;
- inviata via mail a info@ssdsphera.it.



MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato

- Tramite bonifico alle seguenti coordinate IBAN IT7610872862410000000029092

intestatario: Sphera S.S.D. a R.L.

N.B. Causale: Cognome Nome (del figlio/a) e periodo prescelto.

- Tramite bollettino postale sul conto corrente postale n. 1036337069

intestatario: SPHERA S.S.D. a R.L. - Viale della Costituzione, 3 - Cadoneghe (PD)

N.B. Causale: Cognome Nome (del figlio/a) e periodo prescelto.

- Direttamente in contanti o tramite bancomat al termine della riunione di presentazione o presso la sede di SPHERA S.S.D. a R.L. solo negli orari sopra indicati.



TARIFE

N.B. LO SCONTO PER PIU' SETTIMANE VIENE APPLICATO SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AI PAGAMENTI IN UN'UNICA SOLUZIONE

PERIODO	QUOTA	QUOTA PER ALTRI FIGLI
Tesseramento SPHERA S.S.D. a R.L. (obbligatorio per ogni figlio)	€ 10,00	€ 10,00
28 giugno	€ 15,00	€ 15,00
1 settimana	€ 75,00	€ 70,00
2 settimane	€ 145,00	€ 135,00
3 settimane	€ 220,00	€ 205,00
4 settimane	€ 290,00	€ 270,00
5 settimane	€ 360,00	€ 330,00
Intero periodo	€ 375,00	€ 345,00
Prolungamento fino alle ore 17.00 per 1 settimana*	€ 10,00	€ 10,00
Prolungamento fino alle ore 18.00 per 1 settimana*	€ 15,00	€ 15,00

* Attivato con almeno 10 richieste settimanali

ISCRIZIONE E PROLUNGAMENTO SETTIMANALE

Le iscrizioni e i prolungamenti vanno effettuati entro il giovedì della settimana precedente a quella richiesta.

- **LE NUOVE ISCRIZIONI** vanno effettuate secondo la procedura sopra indicata.

- **I PROLUNGAMENTI** vanno effettuati, **SENZA ricompilare i moduli**, presso il centro estivo, oppure inviando l'attestazione di pagamento alla segreteria. **LE ISCRIZIONI E I PROLUNGAMENTI EFFETTUATI A SETTIMANA INIZIATA PREVEDONO UN SOVRAPREZZO DI € 10,00.**

RIMBORSO E RINUNCIA AL SERVIZIO

Il rimborso per mancata frequenza è ammissibile solo in caso di assenza per l'intera settimana a causa di **malattia certificata** o di **gravi esigenze familiari non prevedibili**. Verrà **rimborsato il 40% dell'importo** pagato del periodo non frequentato.

La richiesta va effettuata utilizzando l'apposito modulo, da richiedere in segreteria, e **accompagnata da idonea documentazione giustificativa entro 5 giorni dalla fine della settimana** per la quale si fa richiesta di rimborso.

N.B. LA PERMANENZA ANCHE DI UN SOLO GIORNO NEL CENTRO ESTIVO O LA RINUNCIA PER ALTRI MOTIVI, AD UNA O PIÙ SETTIMANE PAGATE, NON DANNO DIRITTO AD ALCUN RIMBORSO.



RISERVATO ALLA SEGRETERIA		
DATA RICHIESTA	ANNO SPORTIVO	RICHIESTA N.
	2018-2019	

RICHIESTA DI TESSERAMENTO

DATI DEL RICHIEDENTE A CUI ANDRA' INTESTATA LA RICEVUTA (tutti i dati sono obbligatori)

Cognome e nome del richiedente														
Luogo di nascita							Data di nascita							
Comune di residenza							CAP				Prov.			
Indirizzo di residenza										N. civico				
Codice fiscale							Cellulare							
Altri recapiti per urgenze														
E-mail (obbligatoria)														
<input type="checkbox"/> In qualità di genitore o tutore legale del minore ⁽¹⁾						<input type="checkbox"/> Per conto proprio ⁽²⁾								

DATI DEL MINORE, nel caso sia stata barrata l'opzione (1)

Cognome e nome del richiedente														
Luogo di nascita							Data di nascita							
(se diverso) Comune di residenza							CAP				Prov.			
(se diverso) Indirizzo di residenza										N. civico				
Codice fiscale														

CHIEDE

Per mezzo della Società Sportiva Dilettantistica SPHERA a Responsabilità Limitata, con la firma della presente, di essere ammesso/a in qualità di tesserato al Libertas Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal Ministero degli Interni e dal C.O.N.I. e di poter partecipare alle attività organizzate dalla S.S.D. SPHERA a R.L.

DICHIARA

- Di aver letto e di aver ben compreso, nonché di approvare espressamente le condizioni e le pattuizioni previste dallo statuto, dal regolamento dell'Ente e dal contratto assicurativo derivante dal tesseramento.
- Di impegnarsi al pagamento della quota d'iscrizione annuale e dei contributi attività a seconda della disciplina sportiva scelta e praticata secondo le modalità previste e concordate.
- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (scaricabile anche dal sito www.ssdspheara.it) fornita ai sensi del reg. EU 679/2016.

Firma

Alla luce delle informazioni che mi sono state fornite tramite l'informativa sul trattamento dei dati:

esprimo il consenso nego il consenso *firma* _____

a ricevere via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal Titolare e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi (finalità 2B dell'informativa)

esprimo il consenso nego il consenso *firma* _____

a ricevere via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti terzi (ad esempio, business partner, società sponsor istituzionali, ecc.). (finalità 2C dell'informativa)

esprimo il consenso nego il consenso *firma* _____

all'utilizzo di immagini e riprese video a titolo gratuito (finalità 2D dell'informativa)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

DATA PAGAMENTO	MODALITÀ PAGAMENTO	PAGATO	DA PAGARE	DOCUMENTI MANCANTI
	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> Cont. <input type="checkbox"/> CCP			<input type="checkbox"/> Pagamento <input type="checkbox"/> Mod. tess. <input type="checkbox"/> Certificato

MODULO D'ISCRIZIONE PER I CENTRI RICREATIVI ESTIVI

SCUOLA DELL'INFANZIA

Centro Estivo riservato ai tesserati. È obbligatorio aver effettuato la richiesta di tesseramento utilizzando l'apposito modulo.

Ultimo grado scolastico frequentato: Scuola dell'infanzia

DATI DEL RICHIEDENTE A CUI ANDRA' INTESTATA LA RICEVUTA (tutti i dati sono obbligatori)

Cognome genitore/tutore legale																																
Nome genitore/tutore legale																																
Comune di residenza																																
Indirizzo di residenza																																
Codice fiscale																																
Altri recapiti per urgenze																																
E-mail																																

INSERIRE I DATI DEL MINORE CHE SI INTENDE ISCRIVERE

Unico figlio iscritto
 Primo figlio iscritto
 Altro figlio iscritto
 In caso di "altro figlio" indicare sede del primo iscritto:

Cognome del minore																															
Nome del minore																															
Luogo di nascita																															
Codice fiscale																															

INDICARE LA SEDE

Scuola dell'infanzia

SEGNARE CON UNA 'X' IL PERIODO E L'ORARIO

<input type="checkbox"/> 28 giugno	16.00				<input type="checkbox"/> 15-19 luglio	16.00	17.00	18.00
<input type="checkbox"/> 1-5 luglio	16.00	17.00	18.00		<input type="checkbox"/> 22-26 luglio	16.00	17.00	18.00
<input type="checkbox"/> 8-12 luglio	16.00	17.00	18.00		<input type="checkbox"/> 29 luglio - 2 agosto	16.00	17.00	18.00

Chiedo l'ingresso anticipato alle ore 7.45

IL GENITORE O IL TUTORE LEGALE DICHIARA CHE IL/LA MINORE

è già tesserato/a con SPHERA S.S.D. a R.L. per l'anno sportivo in corso

Per l'eventuale uscita in piscina il/la minore: Non sa nuotare
 Sa stare a galla
 Sa nuotare

NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO)

È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da: Operatore ULSS
 Insegnante di sostegno

Manifesta: problemi cardiaci
 problemi respiratori
 problemi osteo-muscolari

Specificare il tipo di problema:

Ha le seguenti allergie non alimentari:

RICHIESTA DI DIETA SPECIFICA PER ALLERGIE (DEVE ESSERE CORREDATA DA CERTIFICATO MEDICO) O MOTIVAZIONI ETICO-RELIGIOSE

Indicare le allergie alimentari:

Necessita della somministrazione di farmaco d'urgenza. **Si allega certificato medico e istruzioni relative alla posologia**

Altre note che si vogliono fornire all'organizzatore

Sottoscrivendo il presente modulo il sottoscritto dichiara di:

Di aver letto e accettato le condizioni, relative a "Rimborso e rinuncia al servizio" e a "Iscrizioni e prolungamenti settimanali", come indicate nel volantino.

Data richiesta d'iscrizione	Firma del genitore o di chi ne esercita patria potestà
-----------------------------	--