

**COGNOME E NOME DELL' ISCRITTO / A**

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

**INDIRIZZO**

**CAP E CITTA'**

**RECAPITO TELEFONICO**

**E-MAIL**

**SETTIMANE FREQUENTATE**

1. DAL 12 AL 16 GIUGNO

2. DAL 19 AL 23 GIUGNO

3. DAL 26 al 30 GIUGNO

4. DAL 3 AL 7 LUGLIO

5. DAL 10 AL 14 LUGLIO

6. DAL 17 AL 21 LUGLIO

7. DAL 24 AL 28 LUGLIO

8. DAL 31 LUGLIO AL 4 AGOSTO

9. DAL 7 ALL' 11 AGOSTO

10. DAL 16 AL 18 AGOSTO

11. DAL 21 AL 25 AGOSTO

12. DAL 28 AGO ALL'1 SETT.

13. DAL 4 ALL'8 SETTEMBRE

**Pre-acc. Mattina**

**Post-acc. Mattina**

**Pranzo**

**Pomeriggio**

Autorizzo ASU all'utilizzo di fotografie al solo scopo didattico e promozionale

si

no

Consenso al trattamento dei dati personali e dei dati personali particolari (cosiddetti dati sensibili) forniti ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

si

no

**NOME E COGNOME DEL GENITORE IN STAMPATELLO**

**DATA E FIRMA**

**NOTE VARIE (BES, Legge 104, allergie, asma, verruche, casi di epilessia, altro)**

**Socio ASU**

**Nuovo iscritto o tessera scaduta**

Tess.to + Ass. Base € 25

Tess.to + Ass. Integ. A € 35

Tess.to + Ass. Integ. B € 40

Costo corrispettivo settimana/e	Fratelli
Settimana € 79,00	€ 69,00
4 Settimane* € 280,00	€ 240,00
Ulteriori settimane € 69,00	€ 59,00
Pomeriggio € 35,00	

\* pagamento anticipato

**IMPORTO DA PAGARE**

Tess.to ASU	_____	Voucher
Costo settimane	_____	_____
Pomeriggio	_____	
<b>Totale</b>		<b>Data</b>
Anticipo €	_____	_____
Anticipo €	_____	_____
Saldo €	_____	_____

**Dati per bonifico:**

**Banca: INTESA SAN PAOLO IBAN: IT20 R 030 6909 6061 0000 0190161**

**Si ricorda di indicare nella causale cognome e nome del partecipante**

**Si informa che la caparra versata a titolo di prenotazione non dà diritto ad alcun rimborso salvo la possibilità, con un preavviso di almeno 7 giorni, di utilizzare la stessa quale acconto sulla quota relativa ad altre settimane di frequentazione del Centro Estivo ASU.**

Firma per accettazione \_\_\_\_\_