



## Scheda di iscrizione attività

### Arti e Mestieri, Percorsi di apprendimento informale - Centri Estivi 2024

4-14 anni, divisi in gruppi omogenei per età, da giugno a settembre 2023 - orario 8.30-16.30

NOME e COGNOME ISCRITT\* \_\_\_\_\_

Nat\* il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Genitore \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Genitore \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Altra persona di riferimento \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Allergie / Intolleranze / Diete particolari \_\_\_\_\_

Altro da segnalare \_\_\_\_\_

(per la migliore accoglienza di tutte le abilità, vogliate contattare l'Associazione al tel. 055-5385341 orario 10-13 e 16-19)

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_

richiedo di iscrivere mi\* figli\* \_\_\_\_\_

alle attività che si terranno dalle ore 8.30 alle 16.30 dal **10/06 al 13/09** presso il Parco d'Arte Pazzagli, via Sant'Andrea a Rovezzano 6 - Firenze (disponibile ampio parcheggio).

Mezzi pubblici: bus 14A Girone, fermata "Aretina Sant'Andrea", scalette di fronte al Parco.

Sono interessata/o al trasporto di mi\* figl\* verso la sede del Parco Pazzagli per le settimane indicate sotto, con ritrovo in zona Cure (partenza ore 8.30 dal v.le dei Mille - fermata n. 7 Mille/Passavanti, rientro ore 16.30 P.zza delle Cure)

Le/i partecipanti saranno divisi in gruppi omogenei per fascia di età.

La quota è di € 140 a settimana (€ 130 nella settimana 25-28/06) e comprende le attività, il pranzo e le merende.

**Prima dell'inizio delle attività saranno comunicate eventuali facilitazioni in base all'ISEE, in caso di concessione di contributi da parte di Enti a cui sono stati richiesti da parte dell'Associazione.**

La quota NON COMPRENDE l'associazione obbligatoria di € 10 (scadenza dicembre 2024) a Le Curandaie APS e quella di € 1 (uno) all'Associazione Culturale Ecorinascimento.

All'atto dell'iscrizione sarà effettuato il versamento di € 30,00 a titolo di caparra per ciascuna settimana a Le Curandaie APS, via D. Cirillo 2L, Firenze 50133 - tel. 055 538 5341 - info@lecurandaie.it - C.F. 94263460480

IBAN: IT49J083250280000000201018 (Banco Fiorentino).

Richiedo l'iscrizione di mi\* figli\* per le seguenti settimane:

o 10/06 - 14/06 - Esplorare

o 08/07 - 12/07 - Natura

o 05/08 - 09/08 - Arti visive

o 17/06 - 21/06 - Movimento

o 15/07 - 19/07 - Yoga

o 26/08 - 30/08 - Viaggiare

o 25/06 - 28/06 - Tradizioni

o 22/07 - 26/07 - Suonare

o 02/09 - 06/09 - Costruire

o 01/07 - 05/07 - Teatrando

o 29/07 - 02/08 - Seminare

o 09/09 - 13/09 - Raccontare

Sono previste alcune uscite presso luoghi di interesse. Il programma completo ed eventuali costi aggiuntivi saranno comunicati prima dell'inizio della settimana.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03 e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Luogo, data**

**Firma dei genitori**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Integrazioni al modulo d'iscrizione ai centri estivi Arti e Mestieri 2024 - Le Curandaie APS:

Parlaci di tue figlle

Racconta qualcosa che potrebbe aiutarci a conoscerle meglio e a migliorare la sua esperienza nel centro estivo, come ad esempio, le sue attitudini/passioni, quali sono i suoi giochi/attività preferite, il suo rapporto con la natura, con il gruppo ecc.

---

---

---

---

### Vademecum / Patto di corresponsabilità

Vi chiediamo un riscontro sulla lettura del Vademecum e una collaborazione sui vari punti

Dichiaro di aver letto il Vademecum

#### Informazioni sanitarie

- Per qualunque allergia è necessaria la certificazione medica
- È allergico/intollerante a cibi o bevande: Sì No
- Necessità di assumere il farmaco salvavita durante la permanenza ai "Centri Estivi": Sì No

In caso di ALLERGIE o necessità di assumere FARMACI compilare quanto segue:

• lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di  
\_\_\_\_\_ dichiaro che mio/a figlio/a è allergico/intollerante a:

• lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di  
\_\_\_\_\_ dichiaro che mio/a figlio/a necessita  
di assumere il seguente farmaco salvavita \_\_\_\_\_ in caso di

\_\_\_\_\_ e pertanto autorizzo le operatrici e gli operatori de Le Curandaie APS a somministrargliele.

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE RELATIVO CERTIFICATO MEDICO.**

Altro da segnalare:

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03 e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Luogo, data**

**Firma dei genitori**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_