|  |  |
| --- | --- |
| JOLLY stemma | **COMUNE DI VINOVO**  *(Provincia di Torino)* |
| Piazza Marconi, 1 - C.A.P. 10048 | Tel. (011) 9620411 |
| C.F. e P. IVA 01504430016 | Fax (011) 9620430 |

A.S.D.Polisportiva jolly Vinovo Tel. (011) 9651638

Via del castello 1. 10048 Vinovo

C.F. 94032410014 Cell. 3333435644

IBAN:IT45R0623031190000001330135 Banca Credite-Agricole

### Vinovo, 16/04/2019

### A tutti i genitori VINOVO

**Oggetto**: **Attività estive 2020.**

La A.S.D.Polisportiva Jolly Vinovo in collaborazione con il Comune di Vinovo organizza per i soci i Centri Estivi nel periodo dal 15 giugno al 31 luglio 2020 con orario dalle ore 7.45 alle ore 18,00, rivolto ai minori di età compresa fra i 4 anni compiuti e i ragazzi frequentanti il terzo anno della scuola media inferiore.

La quota di frequenza del Centro Estivo è così stabilita:

* € 70,00 a settimana
* Cauzione € 70,00 (**da scalare dalla 1^ settimana e non rimborsabile**) da versarsi all’atto dell’iscrizione

Per chi intende usufruire della mensa, il costo del buono è uguale al costo sostenuto durante l’anno scolastico. Non sono previste riduzioni per i secondi e terzi figli.

Il Comune di Vinovo eroga un contributo per la realizzazione dei Centri Estivi

* Il modulo d’iscrizione sarà reperibile sul sito della Polisportiva([www.polisportivajolly.it](http://www.polisportivajolly.it)) oppure presso l’ufficio anagrafe del Comune di Vinovo e dovrà essere inviato all’indirizzo mail: [polisportivajolly@gmail.com](mailto:polisportivajolly@gmail.com) insieme a
  + il modulo d’iscrizione compilato in ogni sua parte;
  + il certificato medico per la pratica sportiva non agonistica;
  + la ricevuta del bonifico della cauzione;
  + autodichiarazione COVID-19 preliminare all’ammissione ai centri estivi
* Il saldo dovrà essere effettuato entro il 15 giugno 2019.

Sarà obbligatoria l’iscrizione di almeno due settimane consecutive

**CENTRO ESTIVO 2020 MODULO D’ISCRIZIONE N°……………**

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………genitore di:

1)…………………………………………………………………………nato a ………………………………… il ………………………..

2)………………………………………………………………………..nato a ………………………………….il …………………………

Con residenza in Vinovo in via/piazza……………………………………………tel………………………………..

Chiede di iscrivere il/i proprio/i figlio/i al Centro Estivo Comunale

Frequenza 1^ settimana dal 15/06/2020 al 19/06/2020 SI NO

Frequenza 2^settimana dal 22/06/2020 al 26/06/2020 SI NO

Frequenza 3^ settimana dal 29/06/2020 al 03/07/2020 SI NO

Frequenza 4^ settimana dal 06/07/2020 al 10/07/2020 SI NO

Frequenza 5^ settimana dal 13/07/2020 al 17/07/2020 SI NO

Frequenza 6^settimana dal 20/07/2020 al 24/07/2020 SI NO

Frequenza 7^settimana dal 27/07/2020 al 31/07/2020 SI NO

**DICHIARA:**

* che il minore al termine delle attività sarà preso in consegna da:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* di voler usufruire del servizio mensa SI NO
* che il minore è affetto dalle seguenti allergie …………………………………………………………………………..

numero di telefono da contattare il caso di necessità:………………………………………………………………………

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 10 e 13 DPR 196/2003) e di autorizzarne il trattamento.

Data ………………………………. Firma del genitore ……………………………..

**AUTODICHIARAZIONE**

**PRELIMINARE ALL’AMMISSIONE AI CENTRI ESTIVI**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

**SCADENZA** CERTIFICATO DI IDONEITA’ SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

-Febbre > 37.5° SI NO

-Tosse/Raffreddore SI NO

-Dolori muscolari/Stanchezza SI NO

-Difficoltà respiratorie SI NO

-Sintomi influenzali SI NO

-Pedita di olfatto e gusto SI NO

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

-**CONTATTI** con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) SI NO

-**CONTATTI** con casi sospetti SI NO

-**CONTATTI** con familiari di casi sospetti SI NO

-**CONVIVENTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO

-**CONTATTI** con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Polisportiva eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

DATA / /2020 Firma