

DOMANDA D'ISCRIZIONE AL PROGETTO HAKUNA MATATA "SETTIMANA SHARM 2026"

Il presente modulo, completamente compilato e sottoscritto, va fatto pervenire per mail al seguente indirizzo: info@hakunamatata-aps.it , [via whatsapp 3497708034](https://www.whatsapp.com/channel/002913497708034)

Dati del minore:

Nome-cognome _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ cittadinanza _____
residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____ cap _____

Dati dei genitori:

Genitore/Tutore _____ C.F. _____
nato a _____ il _____
residente _____
e-mail _____ tel. _____

Genitore/Tutore _____ C.F. _____
nato a _____ il _____
residente _____
e-mail _____ tel. _____

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL PROGETTO HAKUNA MATATA nella seguente settimane(barrare)

☐ 02.11 - 06.11.2026

Data

Firma

Eventuali disturbi, allergie, intolleranze o necessità particolari del minore:

Condizioni di fornitura del servizio:

- 1) Il progetto si svolge dal 02.11.2026 al 06.11.2026, dal lunedì al venerdì, dalle ore 07.30 alle ore 15.30 di ciascun giorno. Sede principale di svolgimento del progetto sarà il **BLACK BOX**, sito in Laives, Via Galizia 30. Alcune attività si svolgeranno in altre sedi (parchi giochi, piscina.....). La riconsegna dei bambini avverrà alle ore 15.30 (Orari diversi di entrata ed uscita dovranno essere comunicati e concordati con la responsabile del servizio).
- 2) L'associazione non si assume nessuna responsabilità per furti, smarrimenti o danni agli effetti personali. Pertanto, è sconsigliato condurre al centro oggetti di valore e giocattoli
- 3) Il contributo spese richiesto per la partecipazione al progetto è pari a **75,00 Euro/settimana**, più una tantum la quota di **10,00 Euro** per la polizza assicurativa.
Il contributo spese è comprensivo di:
 - Pranzo e 2 pasti minori
 - Polizze RC ed infortuni
 - Costi per la partecipazioni a tutte le attività previsteIn caso di partecipazione di più familiari (fratelli/sorelle), la quota di partecipazione del secondo/terzo etc. è scontata di **5,00 Euro**.

Il pagamento dovrà essere effettuato entro il 10.10.2026 tramite bonifico intestato a

ASSOCIAZIONE HAKUNA MATATA APS

IBAN IT47 R060 4558 4800 0000 5005 765

Causale: partecipazione al progetto Hakuna matata "settimana Sharm 2026", **indicando il nome del minore**

Per motivato impedimento (consegnando un certificato medico) potrà essere richiesto il rimborso di quote settimanali interamente non godute; non potrà essere richiesto il rimborso di singole giornate non godute

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e dell'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto pertanto il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Si specifica che, qualora si negasse il consenso al trattamento o alla trasmissione dei dati di cui sopra per le finalità di tipo istituzionali, l'associazione si troverà costretta a non dar seguito alla richiesta di ammissione.

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Con la presente

- ☐ esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per prosequire finalità di natura economica.
- ☐ nego il mio consenso

Data

Firma madre/tutrice

Firma Padre/tutore
