



PLAY MED 2025  
Ragazzi al Centro  
Presso Casa Novarini

**Richiesta di iscrizione**  
da inviare a  
C.S.E. - Centro servizi Educativi  
[centroservizieducativi@gmail.com](mailto:centroservizieducativi@gmail.com)



COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

DATI DEL MINORE			
Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nato/a a	Provincia	Il	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice fiscale		Residente nel Comune di	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Indirizzo	N.	CAP	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scuola Frequentata		Classe	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

DATI DI CONTATTO (importanti in caso di emergenza)	
TELEFONO	Chi risponde?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	
<input type="text"/>	

DATI DEL GENITORE / responsabile della titolarità genitoriale			
Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nato/a a	Provincia	Il	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice fiscale		Residente nel Comune di	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Indirizzo	N.	CAP	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
In qualità di <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutore			

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLE SETTIMANE:**  
Spuntare le caselle  
Residenti - costo settimana: Euro 50 – 2° fratello Euro 40  
Non Residenti – costo settimana: Euro 70

1	lunedì 16 giugno – venerdì 20 giugno	<input type="checkbox"/>
2	lunedì 23 giugno – venerdì 27 giugno	<input type="checkbox"/>
3	lunedì 30 giugno – venerdì 04 luglio	<input type="checkbox"/>
4	lunedì 07 luglio – venerdì 11 luglio	<input type="checkbox"/>
5	lunedì 14 luglio – venerdì 18 luglio	<input type="checkbox"/>
6	lunedì 21 luglio – venerdì 25 luglio	<input type="checkbox"/>
7	lunedì 28 luglio – venerdì 01 agosto	<input type="checkbox"/>
8	lunedì 04 agosto – venerdì 08 agosto	<input type="checkbox"/>
9	Lunedì 01 settembre – venerdì 05 settembre	<input type="checkbox"/>

INDICAZIONI UTILI DEL MINORE	
Allergie alimentari	<input type="text"/>
Allergie non alimentari	<input type="text"/>
Legge 104/92 (allegare certificazione)	<input type="text"/>

Preferenza di un compagno/a in gruppo

**CON LA FIRMA DICHIARO**

- di aver preso visione e di accettare l'informativa sulla privacy
- di aver preso visione e di accettare la scheda informativa del servizio
- di impegnarmi a saldare la quota al momento della conferma di accettazione della presente domanda

DATA	FIRMA
<input type="text"/>	<input type="text"/>