

Modulo Iscrizione Convivenza Msac

4/5/6 Febbraio

Nome: _____ Data di nascita: _____

Cognome: _____ Luogo: _____

Scuola: _____ Email: _____

Parrocchia: _____ Cellulare: _____

Orario di uscita da scuola: _____

Lunedì 5 Febbraio	Martedì 6 Febbraio

La convivenza avrà una durata di 3 giorni, dal pomeriggio del 4 fino al pomeriggio del 6, per un totale di 2 notti.

Vi chiediamo di compilare tutto il modulo per rendere più facile l'organizzazione. Ricordatevi di portare i vostri effetti personali, lenzuolo, federa e sacco a pelo per la notte!

N.B. barrare le caselle corrispondenti alla propria presenza

IMPORTANTE: Verrà data la priorità a coloro che si iscrivono per tutta la durata della convivenza

Domenica 4 Febbraio

(Cena in condivisione)

Notte	
-------	--

Lunedì 5 Febbraio

Pranzo	
Cena	
Notte	

Martedì 6 Febbraio

Pranzo	
--------	--

*N.B. Pranzi: ore 13.45
(14.15 per chi esce alle 14)
Cene: ore 19.15*

Tale Modulo dovrà essere riconsegnato in Centro Diocesano con una caparra **NON RIMBORSABILE** di 20 euro, entro Martedì 30 Gennaio!

Io sottoscritto/a....., autorizzo a partecipare alla convivenza MSAC in oggetto mio figlio (nome).....
(cognome).....nato a..... il.....
residente a..... in Via.....
numeri tel. utili (genitori/Casa)

Aderente AC

SI	NO
----	----

Adesione all'AC o assicurazione (5 €uro) necessaria alla partecipazione, da pagare in Centro diocesano al momento dell'iscrizione.

Firma del genitore per i minori di 18 anni

Con questa firma autorizzo l'Azione Cattolica di Imola ad utilizzare i dati riportati sulla presente scheda per ogni comunicazione riguardante avvenimenti o notizie utili allo svolgimento dell'attività in oggetto. (D.lgs. n.196 del 30/06/2003 sulla tutela della privacy)

Versamento acconto in data _____ €uro _____ +

Versamento saldo in data _____ €uro _____ +

TOTALE €uro _____

Compilare questo modulo da usare come autocertificazione specificando gli orari di uscita durante la Convivenza (nei tre giorni dal 4 al 6 Febbraio) del proprio figlio minore, da presentare al Responsabile della Convivenza.

Io sottoscritto/a....., autorizzo mio figlio (nome).....(cognome).....nato a..... il..... residente a..... in Via..... ad uscire negli orari da me indicati.

Scrivere di seguito date ed orari dei permessi di uscita:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coloro che soffrono di intolleranze alimentari particolari, lo segnalino qui sotto:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**AZIONE
DI IMOLA**



**DIOCESI
CATTOLICA**

CENTRO DIOCESANO - A.C.
Piazza Duomo, 2 - 40026 IMOLA (BO)
Tel-fax 054223201
aci.imola@libero.it

aperto il giovedì e il sabato dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e il martedì dalle ore 16 alle ore 1