

Modulo Iscrizione Convivenza Msac

3/4/5/6 Febbraio

Nome: _____ Data di nascita: _____
Cognome: _____ Luogo: _____
Scuola: _____ Email: _____
Parrocchia: _____ Cellulare del ragazzo: _____

Orario di uscita da scuola:

Lunedì 4 Febbraio	Martedì 5 Febbraio	Mercoledì 6 Febbraio

La convivenza avrà una durata di 4 giorni, dal pomeriggio del 3 fino alla cena del 6, per un totale di 3 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.
I pranzi saranno alle 14.00 (alle 14.15 per chi esce alle 14) e le cene alle 19.30

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

Domenica 3 Febbraio

Cena in condivisione

Notte	
-------	--

Lunedì 4 Febbraio

Pranzo	
Cena	
Notte	

Martedì 5 Febbraio

Pranzo	
Cena	
Notte	

Mercoledì 6 Febbraio

Pranzo	
Cena	

Tale Modulo dovrà essere riconsegnato in Centro Diocesano con una caparra NON RIMBORSABILE di 20 euro, entro la mattina di giovedì 31 Gennaio!

Io sottoscritto/a _____, autorizzo a partecipare alla convivenza Msac in oggetto mio figlio (nome) _____ (cognome) _____ nato a _____ il _____, residente a _____, in via _____.
Numeri di tel. utili (genitori/casa) _____.

Aderente Ac

SI	NO
----	----

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

Firma del genitore per i minori di 18 anni o del ragazzo maggiorenne _____

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 _____ Euro _____ +
Versamento saldo in data _____ Euro _____ +
TOTALE Euro _____

Compilare questo modulo da usare come autocertificazione specificando gli orari di uscita durante la Convivenza (nei tre giorni dal 3 al 6 Febbraio) del proprio **figlio minorenn**e, 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 e orari dei permessi di uscita:

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

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

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



**DIOCESI
CATTOLICA**

CENTRO DIOCESANO - A.C.
PiazzaDuomo,2-40026IMOLA(BO)
Tel-fax054223201
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