



ORGANIZZA

Soggiorno vacanza per MINORI nati dal 1993 al 2003

- 1° TURNO dal 21 al 27 GIUGNO (MONTAGNA VIVA 1)
2° TURNO dal 27 GIUGNO al 03 LUGLIO (MONTAGNA VIVA 2)
3° TURNO dal 03 al 09 LUGLIO (SPORT VILLAGE)

presso il villaggio dolomitico GE.TUR.

("SAPPADA ESTATE 2010")

Il sottoscritto

Residente a via

Telefono Eventuali altri recapiti per comunicazioni urgenti

CHIEDE (se minori)

che il proprio figlio/a

Nato/a a il

possa partecipare al (soggiorno estivo) per minori ("SAPPADA ESTATE 2010") a Piani di Luzza (Forni Avoltri) – Udine, secondo il periodo e la fascia di età indicati: (una sola scelta)

- dal 21 al 27 GIUGNO (MONTAGNA VIVA 1) nati dal 1999 al 1996
 dal 27 GIUGNO al 03 LUGLIO (MONTAGNA VIVA 2) nati dal 2003 al 1999
 dal 03 al 09 LUGLIO (SPORT VILLAGE) nati dal 1995 al 1993

ALLEGA ALLA PRESENTE

1. la quota di partecipazione al soggiorno tramite C/C Postale n° 64106768, intestato a A.S.D. Ca.Sp. (Camp Sports) segnalando il NOME e COGNOME del minore iscritto, il NOME del soggiorno e LA DATA di partecipazione sul bollettino con

a) per i residenti

€ 120,00 (euro centoventi/00)

2. a comunicare con tempestività eventuali variazioni **entro il 05 GIUGNO** oltre tale data in caso di disdetta verrà rimborsato il 50% della caparra

3. a versare **entro il 12 GIUGNO** la quota a saldo di:

a) per i residenti

€ 160,00 (centosessanta/00)

4. a comunicare con tempestività eventuali variazioni **entro il 12 GIUGNO** oltre tale data in caso di disdetta verrà incamerata l'intera caparra

DICHIARA

5. di conoscere ed accettare le previste “Modalità di partecipazione” e il “Regolamento”;
6. di aver preso visione e accettare l'allegato “condizioni generali di vendita dei pacchetti turistici”;
7. di autorizzare, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196, il trattamento dei dati sensibili ai soli fini della presente domanda
8. di autorizzare gli operatori coinvolti nel soggiorno alla foto e vide-ripresa del soggiorno ai fini di poter documentare alle famiglie la vacanza dei minori.

_____ li, _____

Firma

ALLEGATI:

- Scheda informativa; Documento di identità
- Fotocopia del libretto sanitario; n. _____
- Dichiarazione medica su allergie a farmaci, alimenti ecc..;
- Ricevuta di versamento su CCP 64106768 in data _____ .