



sol.i.
COOPERATIVA SOLIDARIETÀ E INTEGRAZIONE
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ARL



Cooperativa Sol.I. in collaborazione con il Comune di Codogno

GENGIO RICREATIVO ESTIVO DIURNO 2014

"Lo SPORT delle DIFFERENZE"



DAL 1 LUGLIO AL 29 AGOSTO per tutti i bambini dai 3 ai 16 anni
Presso la Scuola dell'Infanzia Resistenza, Viale Cairo

TUTTI I GIORNI DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ 7.30 - 17.00
POSSIBILITÀ POST CRED DALLE 17.00 ALLE 18.00

RIUNIONE DI PRESENTAZIONE PROGETTO
EDUCATIVO alle famiglie
GIOVEDÌ 15 MAGGIO 2014 ore 17.30 presso
SALA EX CULTURA del Comune

NOVITÀ 2014!!!
*LABORATORIO INTER-CULTURA
*INTER-CULTURA IN MUSICA
*LABORATORIO CORPOREO
*ATTIVITÀ CREATIVE
*ENGLISH FUN
GIÀ FINALE!!!

ISCRIZIONI
Consegna scheda iscrizione e pagamento della prima settimana direttamente allo staff della cooperativa Sol.I. il giorno della riunione o nei seguenti giorni, presso la SALA CASSONI

Giovedì 22/05/14 dalle 17.30 alle 19.00
Sabato 24/05/14 dalle 10.00 alle 12.00
Giovedì 05/06/14 dalle 17.30 alle 19.00
Sabato 07/06/14 dalle 10.00 alle 12.00
Giovedì 12/06/14 dalle 17.30 alle 19.00
L'attivazione di ogni settimana sarà possibile con un minimo di 15 iscritti



USCITE IN PISCINA E SU TERRITORI!

COSTI
CRED: € 45 A SETTIMANA PER BAMBINO, residente nel comune di Codogno, sconto del 10% a partire dal 2° figlio; € 55 a settimana per i non residenti. Si darà precedenza ai residenti nel comune di Codogno.
MENSA: € 5 a pasto da versare con la quota settimanale;
POST CRED: € 5 a settimana da versare con la quota settimanale; L'attivazione sarà possibile con un minimo di 10 iscritti a settimana.
Costo GIÀ FINALE e PISCINA esclusi dalla retta e facoltative: se non aderisci il cred è garantito!



SPETTACOLO TEATRALE PRESSO IL CRED

Per Informazioni:
Coop. Sol.I.
Via Agostino da Lodi, 9 - Lodi
Tel: 0371/940512
348/6117672

La Cooperativa Sol.I. in collaborazione con il Comune di Codogno
SCHEDA DI ISCRIZIONE

ISCRIVO AL CENTRO RICREATIVO ESTIVO DIURNO 2014

Io sottoscritto/a..... in qualità di.....

Nome..... Cognome.....

Data di nascita.....

Indirizzo.....

Codice fiscale.....

PER LE SETTIMANE: (Indicare con una crocetta la scelta delle settimane)

LUGLIO 1-4 7-11 14-18 21-25 28-31

AGOSTO 4-8 11-14 18-22 25-29

POST CRED per le settimane

Il bambino/ o ragazzo/a soffre di disturbi abituali (patologie, allergie o altre problematiche) ?

SI NO Se sì, specificare quali.....

Prende medicinali salva vita per i quali è necessario avviare un protocollo di somministrazione?

SI NO Se sì, specificare quali.....

E' richiesto il servizio mensa? SI NO

NOTE.....

In caso di necessità, indicare a chi ci si deve rivolgere:

Cognome..... Nome.....

Parentela.....

Indirizzo.....

Telefoni.....

Firma.....

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e successive modifiche AUTORIZZO il trattamento dei suddetti dati conferiti alla Cooperativa Sociale "Sol.I." per le finalità consentite dalla legge