A.C.L.E.
Accreditata dal M.I.U.R.

ACLE
Associazione Culturale Linguistica Educational
Via Roma, 54 - 18038 San Remo (IM) Italy
Tel. 0184 506070 - info@acle.it - www.acle.it

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE ACLE

Il sottoscritto/a (nome genitore/tutore) _____
(cognome genitore/tutore) _____
Nato/a il __/__/__ a _____ PV __
Telefono abitazione _____ Telefono ufficio _____
Fax _____ Cellulare (0039) _____
E-mail _____
In qualità di genitor/tutore di (nome partecipante) _____
(cognome partecipante) _____

CHIEDE

al consiglio direttivo dell'ACLE di ammettere e iscrivere mio/a figlio/a, che è in possesso dei requisiti richiesti e che condivide le finalità dell'Associazione, come socio per l'anno ____ e di mantenere la facoltà di comunicare le proprie dimissioni in qualsiasi momento.

Data __/__/__ Firma _____

DICHIARA

di aver acquisito l'informativa dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") circa la tutela ed il trattamento dei dati personali, ed in particolare di essere stato reso edotto:

- che i dati forniti sono utilizzati per fini didattico-educativi ed invio di informazioni riguardanti le attività dell' associazione ACLE, Saint George srl;
- che il trattamento dei dati forniti verrà effettuato con modalità manuale, grafica ed automatizzata;
- che, secondo la normativa richiamata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti del minore;
- che i dati forniti saranno trasmessi ai nostri collaboratori ACLE che si interesseranno dell'organizzazione dell'associazione.

Data __/__/__ Firma _____

AUTORIZZA

l'Associazione Culturale Linguistica Educational ACLE e la Saint George srl a realizzare e pubblicare ai sensi dell'art. 96 Legge n.633/1941 (Protezione del diritto di autore e di altri diritti concessi al suo esercizio) servizi fotografici e video ai fini didattico-educativi e di promozione pubblicitaria delle attività svolte dalle suddette.

Data __/__/__ Firma _____

MODULO DI ISCRIZIONE

ENGLISH CAMPS®

Città del Camp _____
Periodo Camp dal __/__/__ al __/__/__
Nome _____
Cognome _____
Codice Fiscale _____
Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita __/__/__
Luogo di nascita _____
Indirizzo _____
Località _____ CAP _____ PV __
Cellulare (0039) _____
Telefono _____
Email _____
Tipo di scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria
Tipo di scuola ☐ Secondaria I grado ☐ Secondaria II grado
Classe frequentata ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
Allergie _____
_____
Disponibile ad ospitare Tutor ☐ Si ☐ No

ENGLISH CAMP è organizzato in collaborazione con SAINT GEORGE.
Rimborsi:

- La quota di associazione non sarà in alcun modo rimborsabile.
- La quota corso verrà rimborsata dietro la presentazione del certificato medico prima del Campo.
- A campo iniziato la quota corso non sarà rimborsata.