Progetto approvato con DGR 428/2025 cofinanziato dal Programma Regionale Fondo Sociale Europeo Plus 2021/2027







Comune di Bedonia

**All. 1 - MODELLO PROGETTO EDUCATIVO/ORGANIZZATIVO CENTRI ESTIVI**

***CENTRO ESTIVO PER BAMBINI E RAGAZZI DAI 3 AI 13 ANNI (E FINO AI 17 ANNI PER I RAGAZZI CON DISABILITA’ CERTIFICATA L. 104/1992)***

**DENOMINAZIONE DEL CAMPO ESTIVO:**

……………………………………………………………

**A. DENOMINAZIONE GIURIDICA E SEDE LEGALE**

Ente Gestore ……………………………………………………………………

(C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Con sede legale in

via ………………………………………… - cap. ………………..loc. ………………….(prov……)

Tel. ……………………………..

(se diversa da quella legale, indicare la SEDE DEL CAMPO ESTIVO)

via ………………………………………… - cap. ………………..loc. ………………….(prov……)

Tel. ……………………………..

**B. LEGALE RAPPRESENTANTE**

NOMINATIVO……………………………………………………………………………………. RECAPITO TELEFONICO ……………………………………..

**C. COORDINATORE RESPONSABILE DEL PROGETTO/CAMPO**

NOMINATIVO ………….…………………………………………………….……………………..

TEL. ………………………….CELL. ……………………………

**D. RECAPITO DI POSTA ELETTRONICA A CUI NOTIFICARE TUTTE LE COMUNICAZIONI**

E-MAIL……………………………………………………

Tel. ………………………………………………………

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**E. CONTATTI E RECAPITI PER LE FAMIGLIE PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI**

INDIRIZZO……………………………………………………………………………………………

E-MAIL…………………………………………… TELEFONO ..…………………………………

SITO WEB……………………….…………………………………

In caso di approvazione del progetto, si autorizza la pubblicazione dei dati sopra indicati ai punti:

(barrare quelli per i quali si autorizza, tenendo presente che la mancata autorizzazione alla pubblicazione dei dati di cui ai punti A e E comporta l’impossibilità di promuovere il progetto)

⁭ A

⁭ B

⁭ C

⁭ D

⁭ E

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITA’/CAMPO ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

FINALITA’ (dettagliare finalità e obiettivi del progetto educativo ludico-ricreativo proposto)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

FASCIA DI ETA’ DEGLI UTENTI A CUI IL PROGETTO/CAMPO SI RIVOLGE

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

CALENDARIO DEI SINGOLI TURNI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| dal | al | dal | al |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ORARIO GIORNALIERO

* Full time : dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_
* Part Time dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_

COSTO DI ISCRIZIONE **SETTIMANALE** (indicare i costi di iscrizione settimanale, specificando l’eventuale quota tesseramento e scontistiche varie)

|  |  |
| --- | --- |
| Full time:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ | Part time:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |
| Costi aggiuntivi:* Tessera associativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€
* Assicurazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€
* Altri ed eventuali: (da indicare se previsti)
 | Sconti:* Iscrizione fratelli/ sorelle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%
* Iscrizione a più settimane: \_\_\_\_\_\_\_\_%
* Altre ed eventuali (da indicare se previste):
 |

RAPPORTO NUMERICO EDUCATORE/MINORI PER TURNO

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

MODALITA’ DI VERIFICA E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA’

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

EROGAZIONE DEI PASTI (specificare le modalità di gestione dei pasti e il numero di persone in possesso dei requisiti necessari alla somministrazione dei pasti)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data ……………………….

IL LEGALE RAPPRESENTANTE