



Comune di Bedonia



Progetto cofinanziato dai Fondi europei della Regione Emilia-Romagna

AII. 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