**L’Unione dei Comuni aderisce alla proposta del Comitato UISP di Jesi per l’organizzazione della**

****COLONIA MARINA MINORI DAI 6 AI 13 ANNI

 **1^ TURNO 23 GIUGNO - 04 LUGLIO (max 45 posti)**

 **2^ TURNO 07 LUGLIO - 18 LUGLIO (max 45 posti)**

 **3^ TURNO 21 LUGLIO – 01 AGOSTO (max 45 posti)**

 Orario: dal Lunedì al Venerdì ore 8.00 -12.00 (in spiaggia)

 Sede: Senigallia, Bagni Solaria ( ex 102)

 **QUOTA DI PARTECIPAZIONE:**

* Per ogni periodo ( 10 giorni) di permanenza in spiaggia :

**€ 120,00+ € 7,00 Tessera UISP 2025 – 1^ figlio**

**€ 110,00 + 7,00 Tessera UISP 2025 – 2^ figlio** ( chi già in possesso di tessera UISP 2025, non deve pagare **l’iscrizione) da versare direttamente al Comitato Uisp di Jesi**

* Quota contributo trasporto per ogni periodo**: € 30,00 da versare all’Unione dei Comuni**

**Il trasporto verrà effettuato dalla Jesiservizi, che stabilirà dei punti di raccolta**. Seguirà idonea comunicazione.

 Le quote comprendono:

1. Coordinazione dell’attività con animatori qualificati, che hanno frequentato un percorso formativo specifico.
2. Assicurazione infortuni
3. Materiale ludico/sportivo
4. Assistenza bagnanti
5. Assistenza infermieristica
6. Merenda
7. Sistemazione sotto ombrellone (1 ombrellone per 4\6 bambini) o gazebo
8. Trasporto

**ATTIVITA’ PREVISTE:**

* GIOCHI IN SPIAGGIA, STAFFETTE, GIMKANE, TORNEI DI CALCETTO, BALLI DI GRUPPO, ATTIVITA’ E GIOCHI DI SQUADRA IN ACQUA, ETC.

**Il pagamento della quota di € 120,00 + € 7,00 ed eventuale quota per altri figli dovrà essere effettuato entro il 31.05.2025 con bonifico bancario al seguente IBAN:**

 **IT64U0103021200000000220290 intestato a UISP- Comitato Territoriale di Jesi aps, causale:** Colonia Marina 2024 **Unione dei Comuni- nome e cognome bambino partecipante.**

**Il pagamento della quota trasporto di € 30,00( a partecipante) dovrà essere effettuato entro il 31.05.2025 con bonifico bancario al seguente IBAN:**

|  |
| --- |
|  **IT12 C087 0437 4600 0000 0103 166 intestato a Unione dei Comuni di Belvedere O.se-Morro d’Alba-S.Marcello, causale: Trasporto colonia marina 2025 – nome e cognome bambino partecipante** |

# OGGETTO: Domanda di iscrizione alla colonia marina – Stagione estiva 2025.

 Da consegnare entro il **24.05.2025**

**… 1° TURNO DAL 23.06.2025 AL 04.07.2025(max 45 posti)**

**2° TURNO DAL 07.07.2025 AL 18.07.2025 (max 45 posti)**

**3° TURNO DAL 21.07.2025 AL 01.08.2025 (max 45 posti)**

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………..…………

residente a …………………………………………………………………………………………..………….……………………………

via …………………………..……………………………………………………………………….…………. n……………………………

tel/cell…………………………………………………………e-mail………………………………………………………………………………….

in qualità di genitore, con la presente chiede l’iscrizione alla COLONIA MARINA 2025 dei seguenti figli

**1)……………………...................…,nato a ………………..……............…il ………………….…**

Classe …………………………..scuola:  elem.  media

**2)……………………...............…….,nato a ………………..……...........…il ………………….…**

Classe …………………………..scuola:  elem.  media

**3)……………………...................…,nato a ………………..………........…il ………….…………**

Classe …………………………..scuola:  elem.  media

Distinti saluti.

San Marcello, lì……………………………. IL RICHIEDENTE

 …………………………………..

**N.B. non si accettano iscrizioni tramite e-mail, al fine di evitare disguidi di non ricevimento delle stesse, ma dovranno essere consegnate presso gli uffici dell’Unione dei Comuni il lunedì e il mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 18.00**

**Visto che la Uisp mette a disposizione un numero limitato di posti, le iscrizioni verranno accettate in base all’ordine di arrivo.**

**Chi iscrive i propri figli a più turni è subordinato a chi sceglie un solo turno, per dare la possibilità a tutti di usufruire di almeno un turno di colonia marina.**

**Per informazioni rivolgersi al numero 0731-267022**

COLONIA MARINA ANNO 2025

SCHEDA SANITARIA INFORMATIVA DEL RAGAZZO/A

NOME e COGNOME ...........................................................................................................................

RESIDENTE..........................................................VIA................................................................N.….

TEL............................................LUOGO E DATA DI NASCITA........................................................

**TESSERA SANITARIA N° (non C.F.)**...........................................................................................

# -RECAPITO CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA’

NOME e COGNOME...........................................................GRADO PARENTELA ………………..

INDIRIZZO......................................................................................................TEL.........................….

# -MEDICO CURANTE DEL RAGAZZO/A

NOME e COGNOME..........................................................................................TEL...........................

**-IL/LA RAGAZZO/A:**

1. Ha sofferto di patologie gravi in passato? (se **SI’**, quali e quando?)

..........................................................................................................................................................

1. Ha subito interventi chirurgici? (se **SI’** , quali e quando?)

.........................................................................................................................................................

1. E’ portatore di patologie croniche? (se **SI’**, quali?)

ASMA[ ] SVENIMENTI[ ] CONVULSIONI[ ] DIABETE[ ] DISTURBI CARDIACI[ ]

ALLERGIA A :...............................................................................................................................

ALTRO:..........................................................................................................................................

1. Fa uso abitudinario di farmaci?

FARMACO.....................................................................DOSAGGIO............................................

FARMACO.....................................................................DOSAGGIO............................................

1. E’ attualmente sotto cura medica? (motivi e da quando?)

..........................................................................................................................................................

1. E’ intollerante o allergico a quale farmaco o alimento?

..........................................................................................................................................................

## INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI

## Articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196”Codice in materia di protezione dei dati personali”

* **Titolare del trattamento** dei dati personali contenuti nella presente è l’Unione dei Comuni di Belvedere Ostrense, Morro d’Alba,S.Marcello nella persona del Presidente;
* **Finalità del trattamento:** i dati personali raccolti con la presente scheda informativa vengono richiesti a scopo precauzionale, nell’unico interesse di tutela della salute del bambino a cui si riferiscono;
* **Il conferimento dei dati** richiesti con la scheda informativa ha natura obbligatoria;
* **I dati personali** contenuti nella scheda informativa saranno custoditi e trattati esclusivamente dal Direttore della colonia (persona incaricata dall’Associazione gestore dell’impianto balneare) e dal personale infermieristico appositamente incaricato per l’assistenza sanitaria in colonia. In caso di necessità tali dati personali potranno essere comunicati esclusivamente a strutture sanitarie e di pronto soccorso nell’interesse del bambino;
* **Terminato lo scopo** per cui i presenti dati sono stati raccolti il Direttore della colonia provvederà a distruggerli definitivamente.

#### Articolo 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196

I diritti dell’interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati nell’art.7 del sopraccitato decreto.

DATA........................................ FIRMA DEL GENITORE ……………………………