

## Associazione Percorsi di Crescita Onlus

sede di Genova dell'Associazione Nazionale OM per la medicina e la psicologia transpersonale  
COD. FISC.92097620097

Resp. progetti Dott.ssa Nardelli Cinzia

Cell. 346/1046822

[cinzianardelli@percorsidicrescita.it](mailto:cinzianardelli@percorsidicrescita.it)

[info@percorsidicrescita.it](mailto:info@percorsidicrescita.it)

[www.percorsidicrescita.it](http://www.percorsidicrescita.it)



# MODULO ISCRIZIONE

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Cognome:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo (Via):** \_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_ **Città:** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome genitori** \_\_\_\_\_

**Telefono (casa)** \_\_\_\_\_ **Telefono (lavoro)** \_\_\_\_\_

**Cellulare e altri eventuali recapiti** \_\_\_\_\_

**E-mail** (per ricevere informazioni e newsletter) \_\_\_\_\_

### Periodo/i di interesse:

- dal 24 al 30 Giugno
- dal 8 al 14 Luglio
- dal 22 al 29 Luglio

### Indicare se disponibili anche alla seconda scelta

(nel caso il turno prescelto non venisse attivato):

**Si** [ ] **No** [ ]



*L'Ascolto Transpersonale  
per la Prevenzione e il  
Ben Essere in età evolutiva*

Autorizzo riprese video e fotografiche per scopi didattici o promozionali    SI    NO

Sono venuto a conoscenza dell'iniziativa tramite:

- internet
- volantino (specificare in che modo l'ha avuto) \_\_\_\_\_
- passaparola
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **ISCRIZIONI, PAGAMENTI E ASPETTI ORGANIZZATIVI:**

**L'iscrizione avviene tramite il versamento di una caparra di € 110,00** (in caso di rinuncia da parte del partecipante verrà trattenuto l'importo versato; in caso che il turno di vacanza non si compia, verrà restituita la quota di iscrizione) **tramite:**

- **Assegno Bancario**  
**intestato a Associazione Percorsi di Crescita Onlus**  
**Assegno n. ....**

Il saldo andrà versato 20 giorni prima della data dell'inizio del turno (se non fosse raggiunto il numero minimo di iscritti il campo non verrà realizzato e la caparra sarà restituita interamente)

- **Bonifico Bancario**  
**intestato Associazione Percorsi di Crescita Onlus**

**Banca Popolare Etica Società cooperativa per azioni**  
**filiale di Milano N CONTO CORRENTE 000000145035**  
**CODICE IBAN IT810 0501801600000000145035**

In caso di rinuncia dell'ultimo momento non si ha diritto a rimborso a meno che la prenotazione non venga sostituita con quella di qualcun altro. In caso di rinuncia o di interruzione del soggiorno per cause di forza maggiore, certificate, verrà restituito una quota simbolica equivalente al 30% del saldo.

Dichiaro di essere a conoscenza delle note informative e del programma.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma genitore:** \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela della privacy

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma genitore:** \_\_\_\_\_



# AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

dichiaro che mio figlio/a \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante la settimana (alloggio in tenda, escursioni a piedi, giochi e attività psicofisiche, laboratori creativi e manuali, attività sportive)

## SEGNALAZIONI VARIE

### Allergie o intolleranze alimentari

---

---

---

### Medicinali/cure

---

---

---

---

Dichiaro altresì che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'organizzazione da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore: \_\_\_\_\_