



# MODULO DI PRENOTAZIONE 2024

## per giornate e soggiorni estivi in Fattoria

### Agricampus **Diurno** in Fattoria

Gentile Gelindo dei Magredi - Country Resort,  
inviamo di seguito modello di prenotazione per l'attività Cavalcampus (*barrare le modalità scelte*)  
**Inviare ai seguenti recapiti: Fax 0427-97515 oppure - Email: hotel@gelindo.it**

#### PERIODO SCELTO

- 1a Settimana - da Lunedì 17 Giugno a Venerdì 21 Giugno  
 2a Settimana - da Lunedì 24 Giugno a Venerdì 28 Giugno  
 3a Settimana - da Lunedì 1 Luglio a Venerdì 5 Luglio  
 4a Settimana - da Lunedì 8 Luglio a Venerdì 12 Luglio  
 5a Settimana - da Lunedì 15 Luglio a Venerdì 19 Luglio  
 6a Settimana - da Lunedì 23 Luglio a Venerdì 26 Luglio  
 7a Settimana - da Lunedì 29 Luglio a Venerdì 2 Agosto  
 8a Settimana - da Lunedì 19 Agosto a Venerdì 23 Agosto

#### Quotazione per una settimana (5 giorni dal lunedì al venerdì)

- € 265,00 1 - Giornata intera  
 € 155,00 2 - Mezza giornata fino alle 12.15 (senza pranzo)  
 € 190,00 3 - Mezza giornata fino alle 13.45 (compreso pranzo)  
 € 105,00 4 - Mezza giornata pomeridiana dalle 13.45 (senza pranzo)  
 € 8,50 \*Patente FISE Campus (assicurazione obbligatoria se viene svolta attività equestre, formule 1-2-3)
- Sconto secondo figlio:** 10% sul secondo figlio  
**Sconto seconda settimana:** 10% sul secondo figlio

\_\_\_\_\_ >> **TOTALE**

#### Dati del genitore responsabile:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Residente: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Dati del partecipante:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Residente: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Documento tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità del/della partecipante e del genitore responsabile

**In caso di rinuncia da parte del partecipante verrà trattenuto il 30% di quanto versato.**

**Il genitore/ responsabile dichiara inoltre:**

**Di essere consapevole** dei rischi connessi alla svolgimento dei laboratori previsti dal programma

**Di sollevare i gestori del campus "Gelindo dei Magredi"** e il personale addetto all'organizzazione delle attività da qualsiasi responsabilità per gli eventuali incidenti che possono capitare al minore fuori dall'area del campus eccedente l'obbligo di vigilanza dei bambini.

**Di sollevare i gestori del campus "Gelindo dei Magredi"** da responsabilità, derivanti da inosservanza da parte del minore delle disposizioni impartite dagli educatori medesimi o da cause indipendenti dall'organizzazione, ivi compresi gli incidenti e infortuni connessi all'espletamento delle attività in cui vi sia dolo da parte del minore iscritto al campus.

**Di essere**  **o NON essere**  assicurato contro gli infortuni con la polizza n° \_\_\_\_\_ della Compagnia \_\_\_\_\_

**Di essere consapevole** che le attività in programma potrebbero essere oggetto di qualche scatto fotografico o piccolo video ricordo, per una condivisione sugli spazi medialti a scopo didattico o promozionale e pertanto autorizzo l'effettuazione dei suddetti servizi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Fattoria Gelindo dei Magredi | Società Agricola Semplice**

Via Roma, 16 - 33099 Vivaro (PN) - Tel: +39.0427.97037 - Fax: +39.0427.97515

Email: info@gelindo.it - Web: www.gelindo.it - P.I. e C.F. 01465500930

Segue a pag. 2 >>

## CAPACITÀ EQUESTRE

NESSUNA       PRINCIPIANTE       CAVALIERE ESPERTO

## IN POSSESSO DI PATENTE EQUESTRE

SI       NO      TIPOLOGIA \_\_\_\_\_  
N. PATENTE \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Dichiara che mio figlio/a \_\_\_\_\_

Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del campo estivo (attività ricreative e manuali, escursioni a piedi, giochi all'aperto)

## SEGNALAZIONI

Allergie \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'ente erogante il servizio da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

### Consenso dei dati per la Privacy:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ a norma dell'articolo 13 della legge 675/96 esprime il consenso affinché i propri dati personali possano essere utilizzati, nel rispetto della legge sopraindicata, per gli scopi di cui al presente contratto e affinché gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità contrattualmente previste.

### Desidero ricevere la newsletter informativa riguardo alle attività di Gelindo dei Magredi

SI     No    Email \_\_\_\_\_

### Desidero iscrivermi al servizio gratuito di Whatsapp di Gelindo dei Magredi

SI     No    Email \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Rimaniamo a vostra disposizione per ulteriori ragguagli e porgiamo cordiali saluti.**