**Allegato C**

**[ragione sociale organizzazione proponente]**

|  |  |
| --- | --- |
| **SCHEDA RIEPILOGATIVA** | |
| LEGALE RAPPRESENTANTE | *(nome e cognome)* |
| TITOLO DEL CRE |  |
| COMUNE |  |
| PERIODO DI SVOLGIMENTO | ***DAL ………………… AL………………………...*** |
| QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE AL CRE 2024 *(settimanale, comprensiva del costo gite e mensa, ove presente)* | ***€*** |
| NUMERO TOTALE ISCRITTI AL CRE | ***N.*** |
| TOTALE BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO | |
| ***[A]*** *Minori che necessitano di assistenza educativa speciale* | *N.* |
| ***[B]*** *Minori giovani caregiver* | *N.* |
| ***[C]*** *Minori che appartengono a famiglie fragili* | *N.* |
| **TOTALE (A+B+C)** | ***N.*** |
| COMPARTECIPAZIONE DEL 20% SOSTENUTA CON RISORSE *(indicare il totale in euro)* | |
| *[ ] della famiglia* | ***€*** |
| *[ ] dell’ente organizzatore* | ***€*** |
| *[ ] dell’ente locale (comune)* | ***€*** |
| *[ ] da altri soggetti (se possibile indicare il nominativo)* | ***€*** |

Data ……………………………………

Firma del legale rappresentante dell’Ente Organizzatore

…………………………………………………………………………

**[ragione sociale organizzazione proponente]**

|  |
| --- |
| **SCHEDA BENEFICIARIO**   * COGNOME E NOME DEL MINORE………………………………………………………………………..…… * DATA DI NASCITA ……………… * PERIODO DI PARTECIPAZIONE AL CRE (dal/al oppure n. settimane usufruite) …………………….. * TOTALE CONTRIBUTO COPERTO DALL’ENTE GESTORE …………………………….. |
| Firma del legale rappresentate dell’Ente Firma del genitore *(o di chi ne fa le veci)*  ……………………………………………………. ......……………………………………………. |