

ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP CANGURI c/o PALARAMINI (NATI DAL 2013 AL 2011)

L'attività è classificata LUDICO MOTORIA

IO SOTTOSCRITTO/A: _____

TEL _____ TEL _____ MAIL _____

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DI

NOME _____ COGNOME _____ DATA NASCITA _____

COM. NASCITA _____ COM. RES. _____ VIA _____ N _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE DEL MINORE alle attività del Centro (dalle ore 9.00 alle ore 17.00)

- | | | | |
|------------|--------------------------|----------------------------------|----------------|
| 1° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 11 Giugno al 14 Giugno | COSTO: 52 Euro |
| 2° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 17 Giugno al 21 Giugno | COSTO: 65 Euro |
| 3° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 24 Giugno al 28 Giugno | COSTO: 65 Euro |
| 4° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 01 Luglio al 05 Luglio | COSTO: 65 Euro |
| 5° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 08 Luglio al 12 Luglio | COSTO: 65 Euro |
| 6° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 15 Luglio al 19 Luglio | COSTO: 65 Euro |
| 7° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 22 Luglio al 26 Luglio | COSTO: 65 Euro |
| 8° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 29 Luglio al 02 Agosto | COSTO: 65 Euro |
| 9° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 02 Settembre al 06 Settembre | COSTO: 65 Euro |
| 10° modulo | <input type="checkbox"/> | dal 09 Settembre al 13 Settembre | COSTO: 65 Euro |

Ho consegnato il CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA

Per i NON residenti nel Comune di Empoli il costo aggiuntivo del servizio MENSA è di € 6,50 al giorno

Chiedo di usufruire dell'entrata anticipata dalle ore 8.00 alle ore 8.50 al costo di € 0,50 al giorno

Ho diritto alle agevolazioni su base ISEE pari al 50% per ISEE fino a € 11.000(si allega certificazione)

Ho diritto allo sconto del 10% in quanto ho iscritto altro/a figlio/a al centro.....da voi gestito

autorizzo mio/a figlio/ ad accedere alla piscina di altezza

70 cm	SI	NO
1,10 mt (piscina al coperto)	SI	NO
oltre 1,50 mt	SI	NO

mio/a figlio/a ha la certificazione secondo LA LEGGE 104/92 SI NO

Comunico che mio/a figlio/a è allergico/a (allergie alimentari) SI NO

- Ho compilato il MODULO A - MOTIVI ETICO/RELIGIOSI
- Ho compilato il MODULO B - MOTIVI DI SALUTE con allegato il certificato medico

Altre allergie gravi da segnalare _____

autorizzo il sig. (di cui allego fotocopia doc. di identità).....a prendere mio/a figlio/a alle ore.....

Sono a conoscenza che il personale della UISP NON POTRA' SOMMINISTRARE alcun medicinale e quindi MI IMPEGNO A PROVVEDERE IN PROPRIO

Dichiaro di aver preso visione e di accettare le condizioni del regolamento

In caso di genitori separati o conviventi occorre la firma di entrambi

**FIRMA
del genitore/tutore**

Preso atto dell'Informativa e dei diritti a me riconosciuti dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento Europeo 2016/679, dichiaro ai sensi dell'art. 6, comma 1 "a" del Regolamento stesso di autorizzare al trattamento dei dati personali (ivi compresi i dati sensibili) nei limiti indicati nell'Informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti, nonché alla diffusione dei dati personali per le finalità indicate nell'Informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti.

Il trattamento dei dati suddetti, nelle relative sedi Istituzionali, solo per motivi strettamente inerenti alle finalità Istituzionali dell'Associazione. Dichiaro di essere a conoscenza e di accettare le coperture assicurative previste dalla tessera G. di cui chiedo il rilascio.

Dichiaro di essere a conoscenza e accettare il regolamento del centro estivo. AUTORIZZO la pubblicazione delle immagini, sia foto che riprese, effettuate dalla UISP sul minore per uso di promozione sociale, ne vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

In caso di genitori separati o conviventi occorre la firma di entrambi

**FIRMA
del genitore e/o tutore**

Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere tutore/genitore affidatario in relazione all'iscrizione del minore, al centro estivo suddetto.

Allego provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o dei Servizi sociali

**FIRMA
del genitore e/o tutore**