

ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP PALARAMINI (Nati dal 2007 al 2015)

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 Estivo come sotto indicato

Orario per ogni modulo 8.30-17.00 - Pranzo Incluso

GRUPPO 2015-2014-2013

GRUPPO 2012-2011-2010

GRUPPO 2009-2008-2007

Modulo 1°	<input type="checkbox"/>	dal 14 Giugno al 18 Giugno	COSTO: 110 Euro
Modulo 2°	<input type="checkbox"/>	dal 21 Giugno al 25 Giugno	COSTO: 110 Euro
Modulo 3°	<input type="checkbox"/>	dal 28 Giugno al 02 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 4°	<input type="checkbox"/>	dal 05 Luglio al 09 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 5°	<input type="checkbox"/>	dal 12 Luglio al 16 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 6°	<input type="checkbox"/>	dal 19 Luglio al 23 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 7°	<input type="checkbox"/>	dal 26 Luglio al 30 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 8°	<input type="checkbox"/>	dal 23 Agosto al 27 Agosto	COSTO: 110 Euro
Modulo 9°	<input type="checkbox"/>	dal 30 Agosto al 03 Settembre	COSTO: 110 Euro
Modulo 10°	<input type="checkbox"/>	dal 06 Settembre al 10 Settembre	COSTO: 110 Euro

Ho consegnato il CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA per mio figlio/a con età pari o superiore a 6 anni

Sono esente dalla consegna del CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA perché mio figlio ha età inferiore ai 6 anni

Chiedo di usufruire dell'entrata anticipata ore 8.00 al costo di 1,00€ al giorno

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

*non è garantito il servizio di sostegno

Comunico che mio/a figlio/a è allergico/a SI NO

Comunico le seguenti allergie o intolleranze.....

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 IN CASO DI BISOGNO.

Comunico che mio figlio/a ha necessità di FARMACO SALVAVITA SI NO

Allego CERTIFICATO MEDICO e AUTORIZZAZIONE alla somministrazione del Farmaco Salvavita tipo:

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
genitori e/o 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
genitori 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
genitori e/o tutore