

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

cell _____ e-mail _____

nome e cognome dell'altro genitore _____ cell _____

PADRE LAVORA: PART-TIME FULL TIME NON LAVORA LAV. AUTONOMO

MADRE LAVORA: PART TIME FULL TIME NON LAVORA LAV. AUTONOMO

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLE ATTIVITA' DEL CENTRO ESTIVO UISP 2021 DEL PROPRIO FIGLIO

Nome e cognome _____ nato a _____

il _____

scuola frequentata A.S. 2020/2021 _____

Si iscrive al **turno** - **costo a settimana €70**

- 1° dal 21 al 25 giugno
- 2° dal 28 giugno al 2 luglio
- 3° dal 5 al 9 luglio
- 4° dal 12 al 16 luglio
- 5° dal 19 al 23 luglio
- 6° dal 26 al 30 luglio
- 7° dal 2 al 6 agosto
- 8° dal 9 al 13 agosto
- 9° dal 23 al 27 agosto
- 10° dal 30 agosto al 3 settembre

Preferenza **orario d'ingresso:**

- 7.30-7.45
- 7.45-8.00
- 8.00-8.15
- 8.15-8.30
- 8.30-8.45
- 8.45-9.00

Preferenza **orario d'uscita:**

- 12.30-12.45
- 12.45-13.00
- 13.00-13.15
- 13.15-13.30

DICHIARA

- 1) Che il/la figlio/a ha particolari problemi di salute
 non ha

In caso di risposta affermativa indicare quali _____

2) Che il/la figlio/a non soffre di allergie o intolleranze alimentari

SI

NO

Se si, indicare quali _____

3) Che il/la figlio/a non ha una certificazione di disabilità o altre difficoltà (es. DSA o ADHD)

SI

NO

Se si, indicare quali _____

4) Che la famiglia non è seguita dal Servizio Sociale

SI

NO

Se si, indicare il nome dell'Assistente Sociale _____

AUTORIZZA

1) il/la figlio/a a:

effettuare uscite a piedi presso zone adiacenti alla sede o visitare altri luoghi di interesse della città (eventuale utilizzo di mezzi pubblici)

NON AUTORIZZO

2) al ritiro presso il centro estivo del proprio figlio/figlia, le seguenti persone:

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>n° telefono</u>

Si ricorda che, secondo le normative riguardanti la sicurezza dei minori, i bambini all'uscita del centro possono essere affidati soltanto ai genitori o a persone maggiorenni delegate formalmente, delle quali si possa attestare l'identità per conoscenza o tramite un documento di riconoscimento.

Riservato a chi utilizza Voucher FSE (Conciliazione vita lavoro)

Genitore intestatario della richiesta _____ C.F. _____

nr settimane richieste _____ Nr settimane concesse _____

Differenza da saldare _____

Luogo e data

Riservato UISP FC

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)
