

# PALARAMINI

## ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP PALARAMINI (Nati dal 2009 al 2017)

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 2017-2016-2015

GRUPPO 2014-2013-2012

GRUPPO 2011-2010-2009

Modulo 1°	<input type="checkbox"/>	dal 12 Giugno al 16 Giugno	COSTO: 110 Euro
Modulo 2°	<input type="checkbox"/>	dal 19 Giugno al 23 Giugno	COSTO: 110 Euro
Modulo 3°	<input type="checkbox"/>	dal 26 Giugno al 30 Giugno	COSTO: 110 Euro
Modulo 4°	<input type="checkbox"/>	dal 03 Luglio al 07 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 5°	<input type="checkbox"/>	dal 10 Luglio al 14 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 6°	<input type="checkbox"/>	dal 17 Luglio al 21 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 7°	<input type="checkbox"/>	dal 24 Luglio al 28 Luglio	COSTO: 110 Euro
Modulo 8°	<input type="checkbox"/>	dal 21 Agosto al 25 Agosto	COSTO: 110 Euro
Modulo 9°	<input type="checkbox"/>	dal 28 Agosto al 01 Settembre	COSTO: 110 Euro
Modulo 10°	<input type="checkbox"/>	dal 04 Settembre al 08 Settembre	COSTO: 110 Euro

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

70 cm	SI	NO
oltre 1,50 mt	SI	NO

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 Giudiziarla o dei Servizi sociali**

**FIRMA**  
genitori e/o tutore