

# INFANZIA Serravalle

## ISCRIZIONE UISP – Serravalle INFANZIA (Nati nel 2019 - 2018 - 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 MEZZA GIORNATA CON PRANZO 8.00-13.30 – oppure INTERA GIORNATA CON PRANZO 8.00-16.30

Modulo 1° dal 03 Luglio al 07 Luglio	Intera giornata <input type="checkbox"/>	Mezza giornata con pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 2° dal 10 Luglio al 14 Luglio	Intera giornata <input type="checkbox"/>	Mezza giornata con pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 3° dal 17 Luglio al 21 Luglio	Intera giornata <input type="checkbox"/>	Mezza giornata con pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 4° dal 24 Luglio al 28 Luglio	Intera giornata <input type="checkbox"/>	Mezza giornata con pranzo <input type="checkbox"/>

**COSTI – MEZZA GIORNATA (Con pranzo)** 60 Euro (ISEE inf. A 11.000)  
80 Euro (ISEE tra 11.001 e 25.000)  
90 Euro (ISEE sup. 25.000 o NO doc.)

**COSTI – INTERA GIORNATA (Con pranzo)** 80 Euro (ISEE inf. A 11.000)  
100 Euro (ISEE tra 11.001 e 25.000)  
110 Euro (ISEE sup. 25.000 o NO doc.)

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

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.....

Essendo residente FUORI COMUNE - Richiedo la fornitura pranzo al costo giornaliero di 7.00 Euro

**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**

\_\_\_\_\_