

Montelupo F.no STADIO + PALABITOSSI

ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP – STADIO + PALABITOSSI (Nati dal 2010 al 2018)

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 2018-2017-2016

GRUPPO 2015-2014-2013

GRUPPO 2012-2011-2010

Modulo 1°	<input type="checkbox"/>	dal 10 Giugno al 14 Giugno	COSTO: 100 Euro dal 11 Giugno – 115 Euro dal 10 Giugno
Modulo 2°	<input type="checkbox"/>	dal 17 Giugno al 21 Giugno	COSTO: 115 Euro
Modulo 3°	<input type="checkbox"/>	dal 24 Giugno al 28 Giugno	COSTO: 115 Euro
Modulo 4°	<input type="checkbox"/>	dal 01 Luglio al 05 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 5°	<input type="checkbox"/>	dal 8 Luglio al 12 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 6°	<input type="checkbox"/>	dal 15 Luglio al 19 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 7°	<input type="checkbox"/>	dal 22 Luglio al 26 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 8°	<input type="checkbox"/>	dal 29 Luglio al 02 Agosto	COSTO: 115 Euro

Richiedo **SCONTO FRATELLO 10%**

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

70 cm	SI	NO
oltre 1,50 mt* SENZA AUSILI	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

Dichiaro che mio figlio/a, di età inferiore a 6 anni, non rientra tra i casi specifici indicati dal pediatra e quindi non vi è l'obbligo di presentazione del **CERTIFICATO MEDICO** di idoneità all'attività fisica **NON AGONISTICA** (D.M. 28.02.2018)

Chiedo di usufruire dell'entrata anticipata ore 8.00

mio/a figlio/a ha la certificazione secondo **LA LEGGE 104/92** Comma.....*

SI

NO

* Il comune di Montelupo F.no fornirà copertura per un totale di 120 ore

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