

# Montelupo F.no PALABITOSSI

## ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP – PALABITOSSI (Nati dal 2011 al 2019)

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 2019-2018-2017

GRUPPO 2016-2015-2014

GRUPPO 2013-2012-2011

Modulo 1°	<input type="checkbox"/>	dal 11 Giugno al 13 Giugno	COSTO: 85 Euro
Modulo 2°	<input type="checkbox"/>	dal 16 Giugno al 20 Giugno	COSTO: 115 Euro
Modulo 3°	<input type="checkbox"/>	dal 23 Giugno al 27 Giugno	COSTO: 115 Euro
Modulo 4°	<input type="checkbox"/>	dal 30 Giugno al 04 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 5°	<input type="checkbox"/>	dal 7 Luglio al 11 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 6°	<input type="checkbox"/>	dal 14 Luglio al 18 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 7°	<input type="checkbox"/>	dal 21 Luglio al 25 Luglio	COSTO: 115 Euro
Modulo 8°	<input type="checkbox"/>	dal 28 Luglio al 01 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* <b>SENZA AUSILI</b>	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 Giudiziaria o dei Servizi sociali

**FIRMA**  
Genitori e/o tutore