

INFANZIA Serravalle

ISCRIZIONE UISP – Serravalle INFANZIA (Nati dal 2017 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 8.00-13.30 – CON PRANZO

Modulo 1°	<input type="checkbox"/>	dal 04 Luglio al 08 Luglio	COSTO:	<input type="checkbox"/> 60 Euro (ISEE inf. A 11.000)
				<input type="checkbox"/> 75 Euro (ISEE tra 11.000 e 25.000)
				<input type="checkbox"/> 95 Euro (ISEE sup. 25.000 o NO doc.)
Modulo 2°	<input type="checkbox"/>	dal 11 Luglio al 15 Luglio	COSTO:	<input type="checkbox"/> 60 Euro (ISEE inf. A 11.000)
				<input type="checkbox"/> 75 Euro (ISEE tra 11.000 e 25.000)
				<input type="checkbox"/> 95 Euro (ISEE sup. 25.000 o NO doc.)
Modulo 3°	<input type="checkbox"/>	dal 18 Luglio al 22 Luglio	COSTO:	<input type="checkbox"/> 60 Euro (isee inf. A 11.000)
				<input type="checkbox"/> 75 Euro (isee tra 11.000 e 25.000)
				<input type="checkbox"/> 95 Euro (ISEE sup. 25.000 o NO doc.)
Modulo 4°	<input type="checkbox"/>	dal 25 Luglio al 29 Luglio	COSTO:	<input type="checkbox"/> 60 Euro (isee inf. A 11.000)
				<input type="checkbox"/> 75 Euro (isee tra 11.000 e 25.000)
				<input type="checkbox"/> 95 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'Autortà Giudiziarla o dei Servizi sociali

FIRMA
genitori e/o tutore