

PALESTRA SCUOLE
Via San Sebastiano
Montopoli in Val d'Arno (PI)

ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP MONTOPOLI (Nati dal 2012 al 2019)

IO SOTTOSCRITTO/A: _____

TEL _____ TEL _____ E-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

GRUPPO 2019 -2018-2017 GRUPPO 2016 -2015-2014 GRUPPO 2013-2012

Modulo 1° dal 11 Giugno al 14 Giugno	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 2° dal 17 Giugno al 21 Giugno	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 3° dal 24 Giugno al 28 Giugno	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 4° dal 01 Luglio al 05 Luglio	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 5° dal 08 Luglio al 12 Luglio	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 6° dal 15 Luglio al 19 Luglio	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 7° dal 22 Luglio al 26 Luglio	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>
Modulo 8° dal 29 Luglio al 02 Agosto	Mezza giornata senza pranzo <input type="checkbox"/>

MEZZA GIORNATA SENZA PRANZO 75 EURO
(8.00-13.00)

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)

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

Usufuisco dello sconto FRATELLO/SORELLA – 10 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