

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

Modulo 2° dal 17 Giugno al 21 Giugno Mezza giornata senza pranzo

Modulo 3° dal 24 Giugno al 28 Giugno Mezza giornata senza pranzo

Modulo 4° dal 01 Luglio al 05 Luglio Mezza giornata senza pranzo

Modulo 5° dal 08 Luglio al 12 Luglio Mezza giornata senza pranzo

Modulo 6° dal 15 Luglio al 19 Luglio Mezza giornata senza pranzo

Modulo 7° dal 22 Luglio al 26 Luglio Mezza giornata senza pranzo

Modulo 8° dal 29 Luglio al 02 Agosto Mezza giornata senza pranzo

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 necessit  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, nonch  alla diffusione dei dati personali per le finalit  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 finalit  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 altres  l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignit  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 responsabilit  di essere tutore/genitore affidatario in relazione all'iscrizione del minore, al centro estivo suddetto.

Allego provvedimento dell'Autorit  Giudiziaria o dei Servizi sociali

FIRMA
Genitori e/o tutore