UISP sportpertutti
Comitato di Zona Del Cuoio

UISP COMITATO TERRITORIALE ZONA DEL CUOIO APS

SCUOLA INFANZIA
"IL GIROTONDO"
Via Trento 184 – Fucecchio (FI)

ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO UISP INFANZIA ARIOSTO (Nati dal 2021 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 2021 - 2020 - 2019 ☐

Modulo 1° dal 01 Luglio al 04 Luglio	Mezza giornata senza pranzo ☐
Modulo 2° dal 07 Luglio al 11 Luglio	Mezza giornata senza pranzo ☐
Modulo 3° dal 14 Luglio al 18 Luglio	Mezza giornata senza pranzo ☐
Modulo 4° dal 21 Luglio al 25 Luglio	Mezza giornata senza pranzo ☐
Modulo 5° dal 28 Luglio al 01 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.....

Usufruisco dello sconto FRATELLO/SORELLA – 10 % ☐

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

_____ _____