



CENTRO ESTIVO 2021 – modello d' iscrizione per
“GENTIL-MENTE” (3-11 ANNI)
COMUNE DI CASTEL FOCOGNANO

GENITORE (o chi ne fa le veci)

COGNOME.....NOME.....

RESIDENTE IN.....VIA.....

TELEFONO.....E-MAIL.....

CHIEDE

L' iscrizione ai Centri Estivi 2021 rivolto per il/la proprio/a figlio/a

COGNOME.....NOME.....ANNI.....

RESIDENTE IN.....VIA.....

NATO/A A.....IL.....

CODICE FISCALE.....

PER IL SEGUENTE PERIODO

Periodo	Sede del centro estivo	Pacchetto orario	Adesione famiglie
Dal 19.07 al 23.07	RASSINA-SCUOLA INFANZIA	7.30-13.00	
Dal 26.07 al 30.07	RASSINA-SCUOLA INFANZIA	7.30-13.00	

*N.B. Il centro estivo sar  attivato con un numero minimo di 10 bambini iscritti

IMPEGNA

Personalmente o tramite altra persona segnalata nella presente domanda d' iscrizione a riprendere il/la figlio/a al punto di raccolta all' orario stabilito

➤ Delega i seguenti nominativi

Sig.....

Cellulare.....

Grado di parentela.....

Sig.....
Cellulare.....
Grado di parentela.....

Allegare la fotocopia del documento dei delegati

Autorizzo riprese video e foto per scopi didattici: SI NO

Firma.....

MODALITA' DI PAGAMENTO

Intestatario fattura genitore (o chi ne fa le veci) :

COGNOME.....NOME.....

RESIDENTE IN.....VIA.....

TELEFONO.....E-MAIL.....

CODICE FISCALE.....

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Genitore (o chi ne fa le veci)

COGNOME.....

NOME.....

RESIDENTE IN.....

VIA/PIAZZA.....

TELEFONO.....

DICHIARO CHE MIO FIGLIO/A

E' in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte

Allergie e/o intolleranti (alimentari, cutanee,ecc) e segnalazioni varie

.....
.....
.....

- Autorizzo ad attivare il Servizio di Emergenza sanitaria per soccorrere mio figlio/a qualora se ne ravvisi la necessità.

- Autorizzo fin d' ora la somministrazione di farmaci salvavita anche da parte di personale non sanitario.
- Autorizzo mio/a figlio/a all' auto-somministrazione.
- Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Li..... Firma.....