

DOMANDA ISCRIZIONE #FUORIDICASA 2018

SCHEDA ANAGRAFICA GENERALE

GENITORE/TUTORE (o chi ne fa le veci)

1) Cognome..... Nome

residente in Via/p.zza

telefono abitazione.....Cellulare

e-mail

CHIEDE

l'iscrizione al SUMMER DAYS 2018 per il/la proprio/a figlio/a:

1. Cognome.....Nome

nato/a a il

che si terrà nei seguenti giorni: **20 - 21 - 28 - 29 Giugno 2018.**

SI IMPEGNA

A fornire il proprio figlio/figlia eventuale pranzo a sacco che verrà consumato durante la giornata. Inoltre si impegna personalmente o tramite altra persona adulta segnalata nella presente domanda di iscrizione, a riprendere il/la figlio/a presso il centro in C.da Roccella al termine delle attività,

COMUNICA

I seguenti nominativi delle persone maggiorenni autorizzate a prendere in custodia il/la ragazzo/a al punto di raccolta:

Sig. _____

grado di parentela o altro



abitazione



cellulare

Autorizzo riprese video e fotografiche per scopi didattici o promozionali:

Caltanissetta li ____ / ____ / _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 675/96 (e successive modifiche) autorizzo la ConSenso Coop. Soc. ei Laici all'utilizzo dei dati personali sopraindicati al fine di consentire il corretto svolgimento delle attività estive e dei servizi ad esse connessi.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Caltanissetta li ____ / ____ / _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....
il
residente a..... Via..... n°
dichiara che mio/a figlio/
a è in stato di buona
salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante la settimana
(giochi all'aria aperta, laboratori creativi e manuali, piscina)

SEGNALAZIONI VARIE

Allergie e/o intolleranze (alimentari, cutanee, respiratorie,
etc.)
.....
.....
.....

Medicinali/cure
.....
.....
.....
.....

Dichiaro, altresì, che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la Cooperativa sociale Consenso da eventuali responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo.

Luogo _____ li _____

Letto sottoscritto e confermato

Firma _____