

DOMANDA DI ISCRIZIONE - CENTRO ESTIVO OLIMPIANDO BABY 2023-



Il sottoscritto _____ (C.F. _____), in qualità di PADRE MADRE del minore sotto indicato, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 46- 47 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità, con la presente CHIEDE per il proprio figlio l'iscrizione al CENTRO ESTIVO OLIMPIANDO BABY con seguenti modalità (mettere X sulle settimane prescelte e sul tipo di frequenza settimanale):

TIPOLOGIA DI FREQUENZA PER OGNI SETTIMANA

SETTIMANE DI FREQUENZA	GIORNATA INTERA 7.35-17.00	MATTINA 7.35-13.00	
03\07 - 07\07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10\07 - 14\07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17\07 - 21\07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24\07 - 28\07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31\07 - 04\08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NB: La consegna dei bambini agli animatori non potrà avvenire prima delle ore 7.35

a tal fine DICHIARA quanto segue:

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE (per il quale si chiede l'iscrizione)

COGNOME/NOME _____ M F CITTADINANZA _____

CODICE FISCALE _____ NATO A _____ PROVINCIA _____ STATO _____

IL _____ RESIDENTE A _____ IN VIA _____

CELLULARE _____ E-MAIL _____

ALTRI RECAPITI TELEFONICI UTILI _____

SONO AUTORIZZATE a prelevare il minore al termine delle attività, oltre ai genitori, anche le seguenti persone MAGGIORENNI (NON È POSSIBILE AUTORIZZARE IL MINORE ALL'USCITA SENZA ACCOMPAGNATORE ADULTO):

Nome e Cognome _____ tel. _____

Nome e Cognome _____ tel. _____

Nome e Cognome _____ tel. _____

DATI INTEGRATIVI

che il minore presenta le seguenti difficoltà alimentari (es. intolleranze, allergie):

che il minore soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia DOCUMENTO DI IDENTITÀ in corso di validità DI CHI FIRMA il presente modulo
- Copia DOCUMENTO DI IDENTITÀ in corso di validità di tutti i soggetti DELEGATI
- CERTIFICATO MEDICO DI BUONA SALUTE
- Ricevuta del pagamento, se effettuato tramite bonifico
- Altri certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (con certificato medico)
- Altro (specificare) _____

Dichiaro di aver **PRESO VISIONE del REGOLAMENTO** dell'attività " OLIMPIANDO BABY". Pertanto sono consapevole che il **PERFEZIONAMENTO** della presente **ISCRIZIONE** avverrà **SOLO** a seguito del pagamento della quota prevista per la tipologia di frequenza prescelta, da effettuarsi secondo le modalità previste nel documento sopraccitato.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 13 - del D.L. 196 del 30 giugno 2003, recante il "nuovo codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statutari. Ai sensi del sopraccitato articolo i dati forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto degli obblighi di riservatezza. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti si potranno esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.lgs. n. 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione). Autorizzo inoltre la pubblicazione a scopi educativo-didattici o promozionali di fotografie e/o riprese video che avranno un uso non lucrativo e fini prettamente educativo-didattici (cartelloni, schede, documentari, etc.)

Data _____

Firma Genitore
