

ESTATE RAGAZZI 2019

MODULO DI ISCRIZIONE (NON residenti)

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

RESIDENZA (Comune, Indirizzo)

Indirizzo e- mail telefono

DOMICILIO DURANTE IL PERIODO DI ATTIVITA':

Cognome e Nome Padre Cognome e Nome Madre

N° TELEFONO (reCAPITO telefonico dei genitori durante l'orario di attività):

madre: tel/cell/.....

padre: tel/cell/.....

altro: tel/cell...../.....

PERIODO DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DEL CENTRO ESTIVO

1° settimana € 45,00	Da lunedì 01/07/2019 a venerdì 06/07/2018	☐
2° settimana € 45,00	Da lunedì 08/07/2019 a venerdì 13/07/2018	☐
3° settimana € 45,00	Da lunedì 15/07/2019 a venerdì 20/07/2018	☐
4° settimana € 45,00	Da lunedì 22/07/2019 a venerdì 27/07/2018	☐

AUTORIZZO

La partecipazione di mio/a figlio/a alle escursioni all'interno e fuori del territorio.

Al termine della giornata il ragazzo può uscire: ☐ da solo

☐ accompagnato da

La Pro Loco di Cantoira e ogni operatore saranno esonerati da qualsiasi responsabilità, assumendosi il/la sottoscritto/a ogni responsabilità al riguardo

ALLEGRO

- 1) Scheda sanitaria debitamente compilata ed il certificato di vaccinazione.
- 2) ricevuta di pagamento prima settimana di frequenza

MI IMPEGNO

Al pagamento della quota di frequenza prima dell'inizio di ogni settimana tramite bollettino di c/c postale n° 33222100 o mediante bonifico su c/c bancario IBAN IT 42 Y 03069 30560 100000302786

COMUNICO

Di essere disponibile, quale genitore, a partecipare attivamente: SI NO

DICHIARO

Di essere informato che, ai sensi del D., Lgs. n° 196/03 – Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali – i dati forniti saranno utilizzati dalla Pro Loco per lo svolgimento del servizio, e ne autorizzo il trattamento.

Data

FIRMA DEL GENITORE

SCHEDA SANITARIA PER CENTRO ESTIVO 2019

Cognome e nome _____ **Luogo e data di**

nascita _____ **Nazionalità** _____

Residenza: indirizzo e telefono _____

Medico curante _____ **ASL** _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Parotite	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Pertosse	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Rosolia	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Varicella	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO

ALLERGIE (specificare):

Farmaci _____

Pollini _____

Polveri _____

Muffe _____

Punture di insetti _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI _____

barrare la voce che interessa:

- ☐ Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
- ☐ E' stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

Data _____

FIRMA DEL GENITORE
