

ESTATE RAGAZZI 2019

MODULO DI ISCRIZIONE (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 € 40,00	Da lunedì 01/07/2019 a venerdì 06/07/2018	<input type="checkbox"/>
2° settimana € 40,00	Da lunedì 8/07/2019 a venerdì 13/07/2018	<input type="checkbox"/>
3° settimana € 40,00	Da lunedì 15/07/2019 a venerdì 20/07/2018	<input type="checkbox"/>
4° settimana € 40,00	Da lunedì 22/07/2019 a venerdì 27/07/2018	<input type="checkbox"/>

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

ALLEGO

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	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Parotite	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Pertosse	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Rosolia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicella	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	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
