

DATI DEL BAMBINO

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Comune di nascita

Comune di residenza via / piazza n°

Scuola frequentata a.s. 2017-2018 infanzia primaria

Nome della scuola: classe:

Periodo richiesto (barrare con una X le settimane scelte)

COMINCIA L'ESTATE						
<u>SETTIMANE SCELTE</u>	<u>PERIODO</u>	<u>SETTIMANE ISCRIZIONE AL CENTRO</u>	Dalle 7.45 alle 12.30	Dalle 12.30 alle 16.30	Dalle 7.45 alle 16.30	MENSA SI/NO
PRIMA SETTIMANA	DAL 11/06 AL 15/06					
SECONDA SETTIMANA	DAL 18/06 AL 22/06					
TERZA SETTIMANA	DAL 25/06 AL 29/06					

Camp Sportivo							
<u>SETTIMANE SCELTE</u>	<u>PERIODO</u>	<u>SETTIMANE ISCRIZIONE AL CENTRO</u>	Dalle 7.30 alle 12.30	Dalle 7:30 alle 14.00	Dalle 12.30 alle 17.30	Dalle 7.30 alle 17.30	MENSA SI/NO
PRIMA SETTIMANA	DAL 02/07 AL 06/07						
SECONDA SETTIMANA	DAL 09/07 AL 13/07						
TERZA SETTIMANA	DAL 16/07 AL 20/07						
QUARTA SETTIMANA	DAL 23/07 AL 27/07						
QUINTA SETTIMANA	DAL 30/07 AL 03/08						



ASPETTANDO LA SCUOLA						
<u>SETTIMANE SCELTE</u>	<u>PERIODO</u>	<u>SETTIMANE ISCRIZIONE AL CENTRO</u>	Dalle 7.45 alle 12.30	Dalle 12.30 alle 16.30	Dalle 7.45 alle 16.30	MENSA SI/NO
PRIMA SETTIMANA	DAL 20/08 AL 24/08					
SECONDA SETTIMANA	DAL 27/08 AL 31/08					
TERZA SETTIMANA	DAL 3/09 AL 7/09					

DATI DEL GENITORE INTESTATARIO DELLA FATTURA
le comunicazioni verranno inviate ai seguenti recapiti

Cognome Nome

Telefono e-mail

Codice fiscale

Tipologia Documento di riconoscimento N°

rilasciato da

DATI DEL SECONDO GENITORE
Facoltativi, ma necessari per autorizzare il secondo genitore al ritiro del bambino

Cognome Nome

Telefono e-mail

Tipologia Documento di riconoscimento N°

rilasciato da

NOME E COGNOME DEL BAMBINO: _____

USCITA DEL MINORE – DELEGATO 1

Cognome Nome
Parentela o altro..... Telefono
Tipologia Documento di riconoscimento N°
rilasciato da

USCITA DEL MINORE – DELEGATO 2

Cognome Nome
Parentela o altro..... Telefono
Tipologia Documento di riconoscimento N°
rilasciato da

USCITA DEL MINORE – DELEGATO 3

Cognome Nome
Parentela o altro..... Telefono
Tipologia Documento di riconoscimento N°
rilasciato da

N.B. i dati relativi ai delegati sono facoltativi, ma per rendere valida la delega è necessario indicare Cognome, Nome, tipologia e numero di documento di riconoscimento

AUTORIZZAZIONE

Autorizzo la Cooperativa Comunica ad utilizzare per soli scopi istituzionali, promozionali e divulgativi propri della Cooperativa, e comunque non per uso lucrativo, attraverso i media le immagini (video e foto) realizzate nel corso delle attività estive del comune di Casale sul Sile cui partecipa il proprio figlio/a? NO SI

NOTIZIE SANITARIE

Il bambino porta con sé qualche medicinale indispensabile? NO SI In caso affermativo: indicare quale medicinale ed allegare certificato medico con istruzioni per l'uso. Fornire le informazioni necessarie agli operatori prima dell'inserimento al centro estivo

Il bambino è affetto da intolleranze o allergie? NO SI In caso affermativo: indicare la sostanza o l'alimento a cui è allergico il bambino ed allegare certificato medico



cooperativa sociale O.N.L.U.S.
www.cooperativacomunica.org

**ISCRIZIONE A
ESTATE A CASALE
ANNO 2018**



NOME E COGNOME DEL BAMBINO: _____

Il bambino necessita di dieta speciale? NO SI In caso affermativo: indicare quali alimenti vanno esclusi dalla dieta.

Il bambino è in possesso di certificazione (ai sensi della legge 104/92 e succ. modifiche e legge 170/2010)? NO SI
Tipologia di certificazione: DSA BES ADHD Altro

Sarete contattati direttamente per condividere le necessità specifiche del bambino e valutare le possibilità di inserimento più opportune.

Informazioni che la famiglia ritiene utili all'inserimento e alla frequenza del centro estivo.

Dichiaro di aver preso visione, di accettare e di impegnarmi a rispettare le condizioni esecutive del contratto del Centro Estivo.

Data.. _____ Firma _____

Sono consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

Data _____ Firma _____

Trattamento dei dati personali

Art. 23 D.Lgs. 196/03, e artt. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR")

CONSENSO DELL'INTERESSATO (Ai sensi e per gli effetti degli articoli 7, 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e degli art. 13 e ss. del GDPR – L. 2016/679)

Confermo di aver preso visione del documento di Informazione e accesso ai dati, accessibile anche al link: www.cooperativacomunica.org/privacy, ed esprimo il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, forniti all'atto dell'iscrizione.

Data _____ Firma _____

L'iscrizione risulta completata presentando la ricevuta del bonifico bancario versato al seguente IBAN:

IT 94 0 07074 62020 0000 0000 2039

Intestato a: Comunica Cooperativa Sociale ONLUS

Causale: Centri Estivi 2018 ESTATE A CASALE – nome progetto - n. XX settimane Cognome e Nome iscritto