



# CENTRO ESTIVO "SOGLNI GIGANTI"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

intende iscrivere con la presente suo/a figlio/a al Centro Estivo "SOGLNI GIGANTI" organizzato a cura e nei locali dell'Asilo Nido/Scuola per l'infanzia LA NUVOLA , locali dell'oratorio della Parrocchia di Case Bruciate, in applicazione dei protocolli imposti quest'anno all'attività dei Centri Estivi.

**DATI DEL/DELLA BAMBINO/A (scrivere in stampatello)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail (per ogni comunicazione) \_\_\_\_\_

- 08.00 - 12.00: 80€ a settimana (NO PRANZO)
- 08.00 - 14.00: 105€ a settimana
- 08.00 - 16.00: 130€ a settimana

05/07 - 09/07	12/07 - 16/07	19/07 - 23/07	26/07 - 30/07	02/08 - 06/08	09/08 - 13/08	16/08 - 20/08

(indicare con una croce la o le settimane prenotate)

Il pagamento va effettuato o al momento dell'iscrizione o comunque tassativamente all'inizio della settimana cui il bambino è iscritto a partecipare.

(per bonifici: IBAN "LA NUVOLA" . BANCO POPOLARE – IT 52 O 05034 03000 000000002102)

IL PARTECIPANTE SOFFRE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE?

SI

NO

(in caso positivo, specificare quali nell'apposito spazio)

Allergie alimentari (se necessario allegare tabella dietologica): \_\_\_\_\_

Allergie ai farmaci di seguito specificati: \_\_\_\_\_

Terapie in atto: \_\_\_\_\_

Altre precisazioni e informazioni da tenere in evidenza: \_\_\_\_\_

*In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara espressamente di acconsentire al trattamento dei dati personali (compresi quelli inerenti lo stato di salute) in relazione alle attività di gestione del servizio al quale si chiede l'iscrizione, come da allegata dichiarazione.*

*Dichiara inoltre, avvalendosi delle disposizioni di cui agli art.5, 46 e 47 (ed all'art. 3 qualora sia cittadino di altro Stato UE o extra- UE) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. N. 45/2000 e successive modifiche e/o integrazioni, di essere consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci*

#### **PERSONE AUTORIZZATE AL RECUPERO DEL BAMBINO**

Il sottoscritto genitore autorizza espressamente gli educatori a consegnare il/la proprio/a figlio/a, in sua assenza e vece, esclusivamente alle persone dettagliate nel presente modulo (indicare nome, cognome, ruolo ed allegare copia di un documento di identità):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

**REPERIBILITÀ TELEFONICA** : PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

ALTRI (specificare): \_\_\_\_\_

**FATTURARE A:** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_

**Indirizzo , data e luogo di nascita (se diverso da quello del genitore che sottoscrive questa richiesta di iscrizione)**

*Il sottoscritto Genitore dichiara di essere a conoscenza dei luoghi e degli orari delle attività e solleva sin da ora espressamente gli organizzatori e gli animatori da ogni responsabilità relativa ad eventuali danni che il/la proprio/a figlio/a possa arrecare a se stesso, ad altre persone e/o alle strutture a seguito di comportamenti difformi dalle regole e comunicazioni fornite di volta in volta dallo staff di servizio.*

Perugia, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_