



Tornimparte Estate 2020

Centro Estivo "Fase Sorriso"



N.B Non compilare questo campo

COGNOME _____
NOME _____
ETA' _____
GRUPPO _____
PERIODO _____

SCHEDA ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITA' DI GENITORE, CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO

➤ **DATI DEL BAMBINO**

Cognome	Nome	Data di nascita	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	Comune di Nascita	Provincia	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo di Residenza	Comune di Residenza	Provincia	Cap.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

APPARTENENTE AL NUCLEO FAMILIARE COSI' COMPOSTO:

➤ **GENITORE 1**

Cognome	Nome	Data di nascita	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	Comune di Nascita	Provincia	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo di Residenza	Comune di Residenza	Provincia	Cap.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **GENITORE 2**

Cognome	Nome	Data di nascita	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale	Comune di Nascita	Provincia	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo di Residenza	Comune di Residenza	Provincia	Cap.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **ALTRI FIGLI** (BARRARE LA CASELLA CIRCOLARE SE ISCRITTO AL CENTRO ESTIVO)

Cognome	Nome	Data di nascita	
_____	_____	_____	<input type="radio"/>
1 _____	_____	_____	<input type="radio"/>
2 _____	_____	_____	<input type="radio"/>
3 _____	_____	_____	<input type="radio"/>

• CONTESTO LAVORATIVO:

genitore 1: occupato attualmente SI NO fascia oraria occupata: _____

genitore 2 : occupato attualmente SI NO fascia oraria occupata: _____

INFORMAZIONI UTILI INERENTI IL/LA FIGLIO/A:

allergie / intolleranze alimentari _____

medicines _____

problemi di salute _____

altro _____

○ MODALITA' DI ACCESSO AL CENTRO ESTIVO

PERIODO: CHIEDO L'ISCRIZIONE PER LE SETTIMANE
(barrare la casella di interesse)

ORARIO:

PART-TIME (8:30 - 13:30)

FULL-TIME (8:30 - 16:30)



	dal 29 Giugno al 3 Luglio
	dal 6 al 10 Luglio
	Dal 13 al 17 Luglio
	Dal 20 al 24 Luglio
	Dal 27 al 31 Luglio
	Dal 3 al 7 Agosto
	Dal 10 al 13 Agosto*
	Dal 19 al 21 Agosto *
	Dal 24 al 28 Agosto
	Dal 31 Agosto al 4 Settembre

***da definire**

ACCOMPAGNATORI: (INDICARE NOME E COGNOME DI MAX 4 ACCOMPAGNATORI)

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 e 23 D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

1) Esprime il consenso al trattamento dei dati e di alcune informazioni sanitarie ai fini indicati nella normativa SI NO

2) Esprime il consenso alle riprese video e all'utilizzo di immagini (foto, video) da parte del Titolare del trattamento per scopi didattici e per la realizzazione di prodotti cartacei, prodotti digitali audio e video e siti internet con scopo informativo e pubblicitario SI NO

Data _____

Firma del genitore esercente la patria potestà
