

# DOMANDA ISCRIZIONE JUNIOR VILLAGE 2020



BAMBINO (nome e cognome) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

TELEFONI Casa \_\_\_\_\_  
cell. Madre \_\_\_\_\_  
cell. Padre \_\_\_\_\_

**COLORE** \* DA NON COMPILARE

A  V  R  G  B

## FASCIA ORARARIA ENTRATA:

- 7,30 - 7.45  
 7,45 - 8.00  
 8,00 - 8.15  
 8,10 - 8.30

## PREFERENZA DI AMICO:

1. NOME/COGNOME \_\_\_\_\_  
2. NOME/COGNOME \_\_\_\_\_

## Settimane di frequenza

dal	22/06	al	26/06	matt	<input type="checkbox"/>
dal	29/06	al	03/07	matt	<input type="checkbox"/>
dal	06/07	al	10/07	matt	<input type="checkbox"/>
dal	13/07	al	17/07	matt	<input type="checkbox"/>
dal	20/07	al	24/07	matt	<input type="checkbox"/>
dal	27/07	al	31/07	matt	<input type="checkbox"/>
dal	03/08	al	07/08	matt	<input type="checkbox"/>
dal	10/08	al	14/08	matt	<input type="checkbox"/>
dal	17/08	al	21/08	matt	<input type="checkbox"/>
dal	24/08	al	29/08	matt	<input type="checkbox"/>

**DA PAGARE** \* DA NON COMPILARE

### quota acconti:

data	importo	data	importo	data	importo	data	importo	data	importo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Il/la sottoscritto/a esonera codesta Direzione da ogni responsabilità per qualsiasi fatto e comportamento dell'iscritto avvenuto prima dell'entrata e dopo l'uscita dal centro stesso**

DATA

FIRMA DEL GENITORE

**TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI  
DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E VIDEO  
(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

lo sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Genitori del/la bambino/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZIAMO**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

**AUTORIZZIAMO**

l'utilizzo di macchine fotografiche e/o telecamere nell'ambito dei progetti e delle attività svolte. Le fotografie/video potrebbero essere utilizzate, trattate ai sensi della legge oltre che per finalità di documentazione interna, anche per la diffusione esterna.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_



# ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DEL/LA BAMBINO/A

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

Genitore del/la bambino/a \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità dichiara di essere genitore del bambino/a su indicato/a e/o di convivere con lo/la stesso/a all'indirizzo su indicato.

## DELEGA

le seguenti persone di fiducia a RITIRARE dal centro estivo il/la proprio/a figlio/a:

1) Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

2) Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

## DICHIARA

di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente il Centro Estivo

### E' CONSAPEVOLE

che la responsabilità del Centro Estivo termina dal momento in cui il bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

La presente delega vale fino al \_\_\_\_\_ FINE CENTRO ESTIVO 2020 \_\_\_\_\_

N.B.: Si fa presente che, ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale, al ritiro non può essere delegata persona minore di 14 anni di età.

DATA

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**  
**SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome = surname	nome = first name
-------------------	-------------------

luogo e data di nascita = place and date of birth	nazionalità = nationality
---	---------------------------

residenza-indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone

medico curante = doctor in charge	libretto sanitario n.	AUSL
-----------------------------------	-----------------------	------

**MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES**

morbillo measles	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
parotite mumps	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
pertosse whooping-cough	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
rosolia rubella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
varicella varicella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no

**ALLERGIE - ALLERGIES**

		specificare = specify
farmaci drugs		
pollini pollens		
polveri dusts		
muffe moulds		
punture di insetti insect stings		

altro other diseases:

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress:

intolleranze alimentari = food intolerances:

data = date

firma di chi esercita la potestà parentale  
 signature of the person exercising parental authority