

**• DATI**

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

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici della madre \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici del padre \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**• GRADO D'ACQUATICITA'** (segnare con una crocetta)

- Ha paura dell'acqua       Galleggia in Acqua Bassa  
 Autonomo in Acqua Alta       Ottimo nuotatore

**• AUTORIZZAZIONI** Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

fornisco a CooperSplash le seguenti autorizzazioni per mio figlio:

**▶ AUTORIZZAZIONE A RIPRENDERE IL BAMBINO**Cognomi e nomi delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

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

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

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

**▶ AUTORIZZAZIONE FOTO** - Do il consenso all'utilizzo delle foto o video ripresi dagli incaricati ai sensi del regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D. Lgs. n° 196/03       Sì       No

**▶ AUTORIZZAZIONE PER ESCURSIONI** Autorizzo inoltre tutto il personale Coopersplash ad accompagnare mio figlio/a in eventuali escursioni, preventivamente comunicate, al di fuori della struttura dove si svolge il Centro Estivo       Sì       No

**❖ Progetto CONCILIAZIONE VITA - LAVORO / la famiglia dichiara:**

- di aderire al progetto richiedendo il contributo       Sì       No  
• di aver aderito e/o aderirà presso altri Centri Estivi       Sì       No

Firma \_\_\_\_\_

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

\* In qualità di esercente la responsabilità genitoriale, il genitore firmatario o chi per esso, sottoscrivendo il presente modulo di iscrizione, si assume la responsabilità di informare adeguatamente l'altro genitore relativamente all'avvenuta iscrizione, e dichiara di agire e sottoscrivere il presente modulo in accordo con il coniuge o altro esercente la responsabilità.