

**• 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 BAMBINOCognomi 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.