

**• 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

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |
| <b>cognome = surname</b> | <b>nome = first name</b> |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>luogo e data di nascita = place and date of birth</b> | <b>nazionalità = nationality</b> |
|--|----------------------------------|

|   |
|---|
| <b>residenza-indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone ☎</b> |
|---|

|  |                              |             |
|--|------------------------------|-------------|
| <b>medico curante = doctor in charge</b> | <b>libretto sanitario n.</b> | <b>AUSL</b> |
|--|------------------------------|-------------|

**MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES**

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

**ALLERGIE - ALLERGIES**

|   |                              |
|---|------------------------------|
|   | <b>specificare = specify</b> |
| <b>farmaci</b> drugs                    |                              |
| <b>pollini</b> pollens                  |                              |
| <b>polveri</b> dusts                    |                              |
| <b>muffe</b> moulds                     |                              |
| <b>punture di insetti</b> 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.