



# Estate 2024

Campo Estivo di Coopernuoto Parma

## SCHEDA D' ISCRIZIONE :

### • DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso (M) (F)

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

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo mail ( scrivere in stampatello ) \_\_\_\_\_

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

Nominativo delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

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

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

#### ► PREFERENZE PER COMPAGNI DI GRUPPO

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

- **AUTORIZZAZIONI 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

#### ► 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

Data : Parma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



# Estate 2024

Campo Estivo di Coopernuoto Parma

Regione Emilia-Romagna

## 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: \_\_\_\_\_

Per la / il minore (barrare l'opzione esatta) = As regards the minor (bar the right choice):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici  
no medical help was requested in the last 5 days
- è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

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.