

• 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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ha paura dell'acqua | <input type="checkbox"/> Galleggia in Acqua Bassa |
| <input type="checkbox"/> Autonomo in Acqua Alta | <input type="checkbox"/> 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.