

• **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

Dichiarazione: il minore è con disabilità certificata ai sensi della L.104/1992

☐ Sì ☐ No

* 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.