

**• 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 _____

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

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.