



• **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**

Nomi e cognomi delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

► **PREFERENZE PER COMPAGNI DI GRUPPO**

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Firma _____

Si informa infine che durante lo svolgimento delle attività con i bambini potranno essere effettuate fotografie o riprese video, che saranno utilizzate esclusivamente per fini didattici o culturali, eventualmente mediante la pubblicazione sul sito internet e nostri volantini, nel rispetto della riservatezza, dell'onore della reputazione e del decoro delle persone ritratte, ed escluso in ogni caso lo sfruttamento commerciale.

Presto il consenso alla riproduzione e alla pubblicazione di immagini di mio/a figlio/a

Sì

No

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.