

**• 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 BAMBINONomi e cognomi delle persone autorizzate a riprendere il bambino :

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

► 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.

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.