



Estate 2022

Campo Estivo di Coopernuoto Parma

SCHEDA D' ISCRIZIONE :

• DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Sesso (M) (F)

Data di nascita ___/___/____ Luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Città _____ CAP _____

Indirizzo mail (scrivere in stampatello) _____

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

Nominativo delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

► PREFERENZE PER COMPAGNI DI GRUPPO

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Data : Parma, _____

Firma _____



Estate 2022

Campo Estivo di Coopernuoto Parma

Regione Emilia-Romagna

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

	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
morbillo measles						
parotite mumps						
pertosse whooping-cough						
rosolia rubella						
varicella varicella						

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: _____

Per la / il minore (barrare l'opzione esatta) = As regards the minor (bar the right choice):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
no medical help was requested in the last 5 days
- è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività
medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

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.