

**DATI DEL BAMBINO**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ...../...../..... Comune di nascita .....

Comune di residenza ..... via / piazza ..... n° .....

Scuola frequentata a.s. 2017-2018  infanzia  primaria  secondaria

Nome della scuola: ..... classe: .....

PERIODO	SEDE
<input type="radio"/> Dal 18/06 al 22/06	<input type="radio"/> Scuola Primaria "Dante Alighieri" Via Fermi, 11 Dosson di Casier (TV)
<input type="radio"/> Dal 25/06 al 29/06	
<input type="radio"/> Dal 02/07 al 06/07	
<input type="radio"/> Dal 09/07 al 13/07	
<input type="radio"/> Dal 16/07 al 20/07	
<input type="radio"/> Dal 23/07 al 27/07	
<input type="radio"/> Dal 30/07 al 03/08	
<input type="radio"/> Dal 06/08 al 10/08	
<input type="radio"/> Dal 20/08 al 24/08	
<input type="radio"/> Dal 27/08 al 31/08	

Tempo Ridotto, senza servizio mensa (7:30-12:30/13:00)

Tempo Pieno, con servizio mensa (7:30-17:00)

**DATI DEL GENITORE INTESTATARIO DELLA FATTURA**

**le comunicazioni verranno inviate ai seguenti recapiti**

Cognome ..... Nome .....

Telefono ..... e-mail .....

Codice fiscale .....

Tipologia Documento di riconoscimento ..... N° .....

rilasciato da .....

**DATI DEL SECONDO GENITORE**

**Facoltativi, ma necessari per autorizzare il secondo genitore al ritiro del bambino**

Cognome ..... Nome .....

Telefono ..... e-mail .....

Tipologia Documento di riconoscimento ..... N° .....

rilasciato da .....

NOME E COGNOME DEL BAMBINO: \_\_\_\_\_

**USCITA DEL MINORE – DELEGATO 1**

Cognome ..... Nome .....  
Parentela o altro..... Telefono .....  
Tipologia Documento di riconoscimento ..... N° .....  
rilasciato da .....

**USCITA DEL MINORE – DELEGATO 2**

Cognome ..... Nome .....  
Parentela o altro..... Telefono .....  
Tipologia Documento di riconoscimento ..... N° .....  
rilasciato da .....

**USCITA DEL MINORE – DELEGATO 3**

Cognome ..... Nome .....  
Parentela o altro..... Telefono .....  
Tipologia Documento di riconoscimento ..... N° .....  
rilasciato da .....

N.B. i dati relativi ai delegati sono facoltativi, ma per rendere valida la delega è necessario indicare Cognome, Nome, tipologia e numero di documento di riconoscimento

**AUTORIZZAZIONE**

Autorizzo la Cooperativa Comunica ad utilizzare per soli scopi istituzionali, promozionali e divulgativi propri della Cooperativa, e comunque non per uso lucrativo, attraverso i media le immagini (video e foto) realizzate nel corso dei Centri Estivi del Comune di Casier cui partecipa il proprio figlio/a?  NO  SI

**NOTIZIE SANITARIE**

Il bambino porta con sé qualche medicinale indispensabile?  NO  SI  In caso affermativo: indicare quale medicinale ed allegare certificato medico con istruzioni per l'uso. Fornire le informazioni necessarie agli operatori prima dell'inserimento al centro estivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il bambino è affetto da intolleranze o allergie?  NO  SI  In caso affermativo: indicare la sostanza o l'alimento a cui è allergico il bambino ed allegare certificato medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL BAMBINO: \_\_\_\_\_

Il bambino necessita di dieta speciale?  NO  SI  In caso affermativo: indicare quali alimenti vanno esclusi dalla dieta.

\_\_\_\_\_

Il bambino è in possesso di certificazione (ai sensi della legge 104/92 e succ. modifiche e legge 170/2010)?  NO  SI   
Tipologia di certificazione:  DSA  BES  ADHD  Altro

Sarete contattati direttamente per condividere le necessità specifiche del bambino e valutare le possibilità di inserimento più opportune.

Informazioni che la famiglia ritiene utili all'inserimento e alla frequenza del centro estivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione, di accettare e di impegnarmi a rispettare le condizioni esecutive del contratto del Centro Estivo.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Sono consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### Trattamento dei dati personali

Art. 23 D.Lgs. 196/03, e artt. 13 e ss. Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR")

**CONSENSO DELL'INTERESSATO** (Ai sensi e per gli effetti degli articoli 7, 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e degli art. 13 e ss. del GDPR - L. 2016/679)

Confermo di aver preso visione del documento di Informazione e accesso ai dati, accessibile anche al link: [www.cooperativacomunica.org/privacy](http://www.cooperativacomunica.org/privacy), ed esprimo il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, forniti all'atto dell'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

L'iscrizione risulta completata presentando la ricevuta del bonifico bancario versato al seguente IBAN:

IT 94 0 07074 62020 0000 0000 2039

Intestato a: Comunica Cooperativa Sociale ONLUS

Causale: Centri Estivi 2018 CASIER n. XX settimane Cognome e Nome iscritto