

MODULO D'ISCRIZIONE

CENTRO ESTIVO A TUTTA ESTATE 2024

Il sottoscritto (genitore) _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Genitore del bambino _____ Sesso _____

Nato/a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale (bambino) _____

Telefono _____ indirizzo email _____

Documentazione presentata a corredo della domanda di iscrizione (allegare):

Segnalazione di sostegno e/o disabilità

Dieta (allergie, intolleranze ecc.)

Delego al ritiro le seguenti persone:

1)

2)

Diritto d'immagine: Con l'iscrizione al Centro Estivo "A tutta estate", autorizzo gli organizzatori ad utilizzare le immagini fisse o in movimento prese durante il periodo di partecipazione al camp su tutti i supporti compresi i materiali pubblicitari e promozionali.

FIRMA GENITORE _____

Settimana	Barrare la scelta	
	Tempo pieno	Mezza giornata
10/06 - 14/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/06 - 21/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24/06 - 28/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01/07 - 05/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08/07 - 12/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15/07 - 19/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22/07 - 26/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Settimana	Barrare la scelta	
	Tempo pieno	Mezza giornata
29/07 - 02/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05/08 - 09/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12/08 - 16/08 (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19/08 - 23/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26/08 - 30/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02/09 - 06/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9/09 - 13/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Codice Fiscale: AUSL

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
VAC C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S**

Morbillo Measles	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Pertosse Whooping-cough	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Tetano Tetanus	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date	Firma di chi esercita la potestà parentale Signature of the person exercising parental authority
-------------	---