



L'AREA ESTATE 2017

MODULO DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *(dati del genitore/tutore)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	email:

chiede l'iscrizione di:
(dati del primo figlio)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

12 - 16 giugno	19 - 23 giugno	27 - 30 giugno	03 - 07 luglio
10 - 14 luglio	17 - 21 luglio	24 - 28 luglio	31 luglio - 04 agosto

Giornate: _____

(dati del secondo figlio)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

12 - 16 giugno	19 - 23 giugno	27 - 30 giugno	03 - 07 luglio
10 - 14 luglio	17 - 21 luglio	24 - 28 luglio	31 luglio - 04 agosto

Giornate: _____



IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di aver preso visione della nota informativa dell'iniziativa;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà del minore;
- che si intendono richiedere i Buoni di Servizio alla Provincia Autonoma di Trento;

SI ☐

NO ☐

Se si indicare il monte orario settimanale della mamma: _____

- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati nella fascia prescelta;
- di autorizzare le uscite esterne del/dei proprio/i figlio/i (a piedi, con il pullman o altro mezzo di trasporto);
- di impegnarsi a comunicare entro le ore 8.00 del mattino l'eventuale assenza del minore.

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE PER I MINORI ONLUS

- si riserva la facoltà di non procedere alla realizzazione di iniziative per le quali non venga raggiunto almeno 10 iscritti;
- accoglierà un massimo di 30 iscritti in settimana (la disponibilità dei posti farà riferimento all'ordine di data di presentazione delle domande);
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
 - o 80% per ritiri entro giovedì 1 giugno 2017;
 - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento, previa presentazione di certificato medico;
 - o nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa.

ESPRIME IL CONSENSO

a ricevere da parte dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus materiale informativo e promozionale riguardante future iniziative dell'ente tramite email.

SI ☐

NO ☐

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003

Si informa che i dati personali conferiti con la presente iscrizione saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle immagini suindicate, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta. Si comunica infine che la scrivente Associazione è titolare dei dati e che il dott.ass.soc Paolo Cavagnoli è il responsabile del trattamento degli stessi.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE



LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DELLE IMMAGINI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *(dati del genitore/tutore)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	email:

GENITORE/TUTORE DEL MINORE *(dati del minore)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:

AUTORIZZA

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma di immagini e video del minore sul sito internet dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dell'Ente e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo e documentale, ed eventualmente promozionale.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE



IL/LA SOTTOSCRITTO/A (dati del genitore/tutore)

Cognome:	Nome:
----------	-------

COMUNICA

ALLERGIE AGLI ALIMENTI

- ☐ che il proprio figlio/figlia non è allergico ad alcun alimento.
☐ che il proprio figlio/figlia è allergico ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- ☐ che il proprio figlio/figlia non è intollerante ad alcun alimento.
☐ che il proprio figlio/figlia è intollerante ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

AUTORIZZA

le seguenti persone a ritirare il minore presso la sede ove si svolge la colonia estiva:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(le persone autorizzate dovranno esibire carta d'identità o altro idoneo documento identificativo)

AUTORIZZA

Il proprio figlio a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI ☐ NO ☐

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE
