



"Estate insieme 2017"

MODULO D'ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
Residente a _____ via _____
Telefono _____ cell. _____
Codice fiscale _____
Nome e cognome dell'altro genitore _____

- ISCRIVE -

Il/la Proprio/a figlio/a _____
Nato/a il ____/____/____ a _____
Frequentante la classe _____
Nella/e settimana/e e orario/i:

Settimana	Fascia Ridotta (8:00 - 14:00)	Fascia Intera (8:00 - 17:00)
Dal 12 al 16 giugno		
Dal 19 al 23 giugno		
Dal 26 al 30 giugno		
Dal 03 al 07 luglio		
Dal 10 al 14 luglio		
Dal 17 al 21 luglio		
Dal 24 al 28 luglio		
Dal 31 luglio al 04 agosto		
Dal 7 all'11 agosto		

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE





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 lavorativo 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 9.00 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;
- 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 **venerdì 09 giugno 2017**;
 - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento;
 - o nessun rimborso per ritiri successivi (80% in caso di 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

SI ☐

NO ☐

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:
----------	-------

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

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 l'Oratorio, 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



