

# “ESTATE 2020”

## 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

6-10 luglio	13-17 luglio	20-24 luglio	27-31 luglio
3-7 agosto	17-21 agosto	24-28 agosto	

*(dati del secondo figlio)*

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:

alle seguenti settimane

6-10 luglio	13-17 luglio	20-24 luglio	27-31 luglio
3-7 agosto	17-21 agosto	24-28 agosto	

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di aver preso visione della nota informativa dell'iniziativa;
- di aver letto con attenzione la nota informativa e consenso COVID-19 relativa alle procedure di accesso per la gestione dell'emergenza;
- di impegnarsi a rispettare gli orari;
- 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

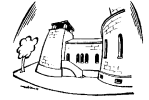
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
  - o 80% per ritiri entro venerdì 3 luglio 2020;
  - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento, previa presentazione di certificato medico;
  - o nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

---

---



Parrocchia Cristo Re

**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 al ritiro del proprio figlio:

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_