

RISERVATO ALLA SEGRETERIA																															
DATA PAGAMENTO		MODALITÀ PAGAMENTO						PAGATO		DA PAGARE		DOCUMENTI MANCANTI																			
		<input type="checkbox"/> POS		<input type="checkbox"/> CCB		<input type="checkbox"/> Cont.						<input type="checkbox"/> Pagamento						<input type="checkbox"/> Mod. tess.						<input type="checkbox"/> Certificato							
MODULO D'ISCRIZIONE PER I CENTRI RICREATIVI ESTIVI																															
INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1 GRADO																															
Centro Estivo riservato ai tesserati. È obbligatorio aver effettuato la richiesta di tesseramento utilizzando l'apposito modulo.																															
Ultimo grado scolastico frequentato:															Indicare la scuola di provenienza:																
<input type="checkbox"/> Scuola infanzia																															
<input type="checkbox"/> Scuola primaria																															
<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di 1 grado																															
DATI DEL RICHIEDENTE A CUI ANDRA' INTESTATA LA RICEVUTA (tutti i dati sono obbligatori)																															
Cognome genitore/tutore legale																															
Nome genitore/tutore legale																															
Comune di residenza																						CAP						Prov.			
Indirizzo di residenza																												N. civico			
Codice fiscale																															
Recapito per urgenze												Indicare di chi si tratta																			
E-mail																															
ALTRI RECAPITI SE NECESSARIO																															
Recapito 2												Indicare di chi si tratta																			
Recapito 3												Indicare di chi si tratta																			
Recapito 4												Indicare di chi si tratta																			
CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL/DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A																															
INSERIRE I DATI DEL MINORE CHE SI INTENDE ISCRIVERE																															
Cognome del minore																															
Nome del minore																															
Luogo di nascita																						Data di nascita									
Codice fiscale																															
<input type="checkbox"/> Unico figlio iscritto <input type="checkbox"/> Primo figlio iscritto <input type="checkbox"/> Altro figlio iscritto ➤ indicare sede del primo iscritto:																															
<input type="checkbox"/> è già tesserato/a con SPHERA S.S.D. a R.L. per l'anno sportivo in corso																															
Capacità natatoria: <input type="checkbox"/> Non sa nuotare <input type="checkbox"/> Sa stare a galla <input type="checkbox"/> Sa nuotare																															
AL CENTRO ESTIVO																															
Indicare la sede del Centro Estivo																															
<input type="checkbox"/> Infanzia – M.L.King						<input type="checkbox"/> Impianti Sportivi M.L.King						<input type="checkbox"/> Infanzia - Olof Palme						<input type="checkbox"/> Palazzetto Olof Palme													
SEGNARE CON UNA 'X' IL PERIODO E L'ORARIO - N.B. L'uscita alle 13.00 non prevede il pranzo																															
<input type="checkbox"/> 8-12 giugno		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 27-31 luglio		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 15-19 giugno		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 3-7 agosto		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 22-26 giugno		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 10-14 agosto		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 29 giugno - 3 luglio		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 17-21 agosto		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 6-10 luglio		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 24-28 agosto		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 13-17 luglio		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 31 agosto-4 settem.		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
<input type="checkbox"/> 20-24 luglio		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00		<input type="checkbox"/> 7-11 settembre		<input type="checkbox"/> 13.00		<input type="checkbox"/> 14.30		<input type="checkbox"/> 17.00																	
Altre note che si vogliono fornire all'organizzatore																															
Sottoscrivendo il presente modulo il sottoscritto dichiara di:																															
<input checked="" type="checkbox"/> Di aver letto e accettato le condizioni, relative al "Rimborso e rinuncia al servizio" e alle "Modalità d'iscrizione e prolungamento", come indicate nel volantino.																															
Data richiesta d'iscrizione															Firma del genitore o di chi ne esercita patria potestà																

AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a (indicare nome e cognome del genitore o tutore legale):

Genitore/tutore legale di (indicare il nome del minore):

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N 445 DEL 28.12.2000 CHE MIO/A FIGLIO/A**NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO)**☐ È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da:☐ Operatore ULSS☐ Insegnante di sostegno☐ Manifesta particolari patologie:☐ problemi cardiaci☐ problemi respiratori (es. asma bronchiale)☐ problemi osteo-muscolari☐ problemi motori☐ diabete☐ problemi osteo-muscolari☐ altro

Specificare il tipo di problema:

☐ Ha le seguenti allergie non alimentari:☐ Farmaci (specificare)☐ Punture d'insetti (specificare)☐ Altro (specificare)**RICHIESTA DI DIETA SPECIFICA PER ALLERGIE (DEVE ESSERE CORREDATA DA CERTIFICATO MEDICO) O MOTIVAZIONI ETICO-RELIGIOSE**☐ Ha le seguenti allergie o intolleranze alimentari:☐ Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi:☐ Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza. **Allegare certificato medico e istruzioni relative alla posologia**

Data ____/____/____

Firma del genitore o tutore legale _____