

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: Scuola infanzia Scuola primaria Scuola secondaria di 1 grado Indicare la scuola di provenienza:

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																			

Unico figlio iscritto Primo figlio iscritto Altro figlio iscritto ➤ indicare sede del primo iscritto:

è già tesserato/a con SPHERA S.S.D. a R.L. per l'anno sportivo in corso

Capacità natatoria: Non sa nuotare Sa stare a galla 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 settembre	<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:

✓ 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

II/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 _____