

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

DATA PAGAMENTO

MODALITÀ PAGAMENTO

PAGATO

DA PAGARE

DOCUMENTI MANCANTI

☐ POS

☐ CCB

☐ Cont.

☐ Pagamento

☐ Mod. tess.

☐ Certificato

MODULO D'ISCRIZIONE PER I CENTRI RICREATIVI ESTIVI

INFANZIA

Centro Estivo riservato ai tesserati. È obbligatorio aver effettuato la richiesta di tesseramento utilizzando l'apposito modulo.

Ultimo grado scolastico frequentato: ☐ Scuola infanzia

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

Indirizzo di residenza

Codice fiscale

Recapito per urgenze

E-mail

CAP

Prov.

N. civico

Indicare di chi si tratta

ALTRI RECAPITI SE NECESSARIO

Recapito 2

Recapito 3

Recapito 4

Indicare di chi si tratta

Indicare di chi si tratta

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

Codice fiscale

Data di nascita

☐ 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

SEGNARE CON UNA 'X' IL PERIODO E L'ORARIO - N.B. L'uscita alle 12.30 non prevede il pranzo

☐ 1-3 luglio

☐ 12.30

☐ 16.00

☐ 20-24 luglio

☐ 12.30

☐ 16.00

☐ 6-10 luglio

☐ 12.30

☐ 16.00

☐ 27-31 luglio

☐ 12.30

☐ 16.00

☐ 13-17 luglio

☐ 12.30

☐ 16.00

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

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 _____