

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																											
PRIMARIA E SECONDARIA DI 1 GRADO																											
Centro Estivo riservato ai tesserati. È <u>obbligatorio</u> aver effettuato la richiesta di tesseramento utilizzando l'apposito modulo.																											
Ultimo grado scolastico frequentato: ☐ 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																											
SEGNARE CON UNA 'X' IL PERIODO E L'ORARIO - N.B. L'uscita alle 13.00 non prevede il pranzo																											
☐ 8-12 giugno		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00		☐ 13-17 luglio		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00													
☐ 15-19 giugno		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00		☐ 20-24 luglio		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00													
☐ 22-26 giugno		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00		☐ 27-31 luglio		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00													
☐ 29 giugno - 3 luglio		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00		☐ 3-7 agosto		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00													
☐ 6-10 luglio		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 16.00		☐ 31 agosto-4 settem		☐ 13.00		☐ 14.30		☐ 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 _____