

## Dati genitori

DATA \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## ISCRIVONO

il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

scuola e classe frequentata \_\_\_\_\_

## alle seguenti attività educative estive (inserire sede e periodo)

\_\_\_\_\_

### I genitori dichiarano:

nostro/a figlio/a ha la certificazione secondo la legge 104/92: SI  NO

nostro/a figlio/a è allergico/a : SI  NO

comunichiamo le seguenti allergie \_\_\_\_\_

**Siamo a conoscenza che il personale del servizio NON può somministrare alcun farmaco e quindi ci impegniamo a provvedere in proprio in caso di bisogno.**

comunichiamo che nostro/a figlio/a ha necessità di farmaco salvavita SI  NO

si allega certificazione medica e autorizzazione alla somministrazione.

\_\_\_\_\_ **firma genitore**

\_\_\_\_\_ **firma genitore**

## I genitori AUTORIZZANO:

Il/la proprio/a figlio/a a poter **uscire temporaneamente** dalla struttura accompagnato dagli educatori per lo svolgimento della attività.

Il/la proprio/a figlio/a a **potersi allontanare temporaneamente dalla struttura non accompagnato dagli educatori.** (art. 19 bis DL 148 16/10/2017 *Disposizioni in materia di uscita dei minori di 14 anni dai locali scolastici*)

Gli educatori a far **uscire** dalla struttura **da solo/a** alla fine delle attività il/la proprio/a figlio/a. (art. 19 bis DL 148 16/10/2017 *Disposizioni in materia di uscita dei minori di 14 anni dai locali scolastici*).

Gli educatori a portare mio/a figlio/a, che **sa nuotare**, nelle vasche con acqua alta

Gli educatori a **consegnare** il proprio/a figlio/a alle seguenti persone:

Nome	tipo e n° documento

### selezionare le autorizzazioni concesse e firmare

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### LIBERATORIE

I genitori dichiarano di:

Aver visualizzato l'Informativa sulla **Privacy** di cui agli art. 13-14 del regolamento UE 2016/679 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Prestare il proprio consenso affinché i dati siano condivisi con **Partner e Finanziatori** del Centro per le finalità di gestione, ricerca, valutazione e rendicontazione delle attività.

Prestare il proprio consenso ad essere eventualmente contattati per una breve **intervista telefonica** al fine di migliorare le attività del Centro.

Prestare il proprio consenso affinché **nostro/a figlio/a** possa essere eventualmente contattati per una breve **intervista telefonica** al fine di migliorare le attività del Centro.

### selezionare le liberatorie concesse e firmare

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## Modulo Iscrizione Attività Educative Estive



### Pagamenti

**I pagamenti della quota spettante alle famiglie possono essere effettuati a mezzo bonifico bancario o bollettino Postale sui seguenti conti correnti e modalità:**

- **Bollettini postali**  
c/c postale nr. 18449504 il tutto intestato a “CENTRO DI ACCOGLIENZA DI EMPOLI ONLUS”
- **Bonifico bancario**  
CREDIT AGRICOLE  
CENTRO DI ACCOGLIENZA DI EMPOLI  
IBAN: IT09U0623037833000046439081

Specificando nome del bambino, sede del servizio e periodo scelto.

### In allegato:

- Fotocopie documenti identità genitori
- Consenso al trattamento dei dati personali e autorizzazione alla diffusione limitata di foto e video per la frequenza del servizio
- Copia ISEE per chi ne usufruisce
- Richiesta pasto alternativo per motivi di salute o religiosi
- Informativa privacy (in visione)