



IN COLLABORAZIONE CON

Aribandus
Cooperativa
Sociale
Onlus**CENTRO ESTIVO 3/6 ANNI "L'ISOLA DELLE SCOPERTE" 2024**

MODULO DI PERFEZIONAMENTO ISCRIZIONE	Scuola Infanzia GAROFOLI <input type="checkbox"/>
	Scuola Infanzia GIOVANNI XXIII <input type="checkbox"/>

Ai fini del perfezionamento dell'iscrizione alle attività del Centro Estivo per l'infanzia, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara:

(COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE ISCRITTO/A AL SERVIZIO	
Cognome	Nome
DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (titolare della responsabilità genitoriale)	
Cognome	Nome
Residente a	
Via	Cap

IN QUALITÀ DI TITOLARE DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE: ↓ (spuntare una sola scelta)		
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutore

DATI DI CONTATTO (Importanti in caso di emergenza)		
Recapito telefonico	Cellulare	@ *E-mail
1° _____	1° _____	_____

INDICAZIONI PER LA SALUTE DEL BAMBINO	
<input type="checkbox"/> necessita di DIETA SPECIALE	Allegare alla mail di conferma il modulo di richiesta pasti speciali per allergie, intolleranze o motivi etici o religiosi. In caso di dieta speciale per questioni di salute è obbligatorio il certificato medico .
<input type="checkbox"/> segnala ALLERGIE NON ALIMENTARI	indicare le sostanze a cui il bambino è allergico:
<input type="checkbox"/> necessità FARMACO SALVAVITA	obbligatoria documentazione medica

USCITA ANTICIPATA PER L'INTERA DURATA DEL CENTRO ESTIVO	
<input type="checkbox"/> CHIEDO DI POTER RITIRARE MIO FIGLIO/A ALLE ORE 12.00 (PRIMA DEL PRANZO)	
<input type="checkbox"/> CHIEDO DI POTER RITIRARE MIO FIGLIO/A ALLE ORE 14.00 (DOPO IL PRANZO)	

CHIEDE CHE IL PROPRIO FIGLIO/A SIA INSERITO/A NELLO STESSO GRUPPO CON:

(L'indicazione è facoltativa e verrà rispettata solo se possibile, compatibilmente con la necessità di formare gruppi quanto più possibile omogenei, per età e classi di appartenenza durante l'anno scolastico.)

1. NOMINATIVO	
COGNOME:	NOME:
2. NOMINATIVO	
COGNOME:	NOME:
3. NOMINATIVO	
COGNOME:	NOME:



IN COLLABORAZIONE CON



Aribandus
Cooperativa
Sociale
Onlus

DELEGO LE SEGUENTI PERSONE (MAGGIORENNI) AL RITIRO DEL BAMBINO/A (attenzione: le persone di seguito delegate dovranno rimanere invariate fino al termine del servizio). Il primo giorno consegnare copia del documento di identità indicato al coordinatore.

NOMINATIVO DELEGATO 1 (maggiorrenne)		
COGNOME:	NOME:	DOCUMENTO D'IDENTITÀ
N° DOCUMENTO:	RILASCIATO DA:	RILASCIATO IL:

NOMINATIVO DELEGATO 2 (maggiorrenne)		
COGNOME:	NOME:	DOCUMENTO D'IDENTITÀ
N° DOCUMENTO:	RILASCIATO DA:	RILASCIATO IL:

NOMINATIVO DELEGATO 3 (maggiorrenne)		
COGNOME:	NOME:	DOCUMENTO D'IDENTITÀ
N° DOCUMENTO:	RILASCIATO DA:	RILASCIATO IL:

<input type="checkbox"/> AUTORIZZO ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI	<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI
<p>In riferimento ad eventuali foto e/o alle riprese audio/video realizzate durante le attività del servizio, autorizzo il Comune di San Giovanni Lupatoto e Aribandus Cooperativa Sociale Onlus (che gestisce il servizio) a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, all'utilizzo delle suddette immagini nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dello stesso.</p> <p>La presente autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.</p>	

CON LA FIRMA* DICHIARO:

- che il minore è in **REGOLA CON LE VACCINAZIONI PREVISTE PER LEGGE**
- di aver preso visione e accettare quanto riportato nella **SCHEDA INFORMATIVA** centro estivo **L'ISOLA DELLE SCOPERTE** (clicca [qui](#))
- di aver preso visione e accettare **L'INFORMATIVA SULLA PRIVACY** (clicca [qui](#))
- di avere **SALDATO LA QUOTA D'ISCRIZIONE** tramite [PagoPA](#) (clicca [qui](#) per seguire le istruzioni)
- **il primo giorno del centro estivo**, CONSEGNARE AL COORDINATORE la seguente documentazione in forma cartacea:
 - modulo di perfezionamento iscrizione firmato
 - scheda informativa del centro estivo firmata
 - copia documento identità in corso di validità dei genitori/ titolare della Responsabilità genitoriale
 - copia documento identità in corso di validità di ogni persona delegata alla consegna/ritiro minore
 - copia della ricevuta del versamento della quota di iscrizione
 - obbligatori in caso di necessità: documentazione relativa a diete speciali e farmaci salvavita (disponibili in [questa pagina](#))

*in caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

(firma Titolare della Responsabilità genitoriale)

Data _____

INVIARE IL PERFEZIONAMENTO ISCRIZIONE VIA E-MAIL A: centriestivi@aribandus.com INDICANDO NELL'OGGETTO "PERFEZIONAMENTO ISOLA SCOPERTE GAROFOLI oppure GIOVANNI XXII" DAL 17 GIUGNO 2024 - ENTRO E NON OLTRE IL 20 GIUGNO 2024 CON ALLEGATI I SEGUENTI FILE FORMATO PDF (DA SCANNER - NO FOTO):

- **MODULO DI PERFEZIONAMENTO** CORRETTAMENTE COMPILATO E FIRMATO (TOTALE DUE PAGINE)
- **RICEVUTA DI PAGAMENTO DEL SALDO TOTALE** DEI TURNI CONFERMATI
- **EVENTUALI MODULI AGGIUNTIVI (DIETE/FARMACI)** OVE NECESSARI