



IN COLLABORAZIONE CON

Aribandus  
Cooperativa  
Sociale  
Onlus**CENTRO ESTIVO 6/11 ANNI "SUMMER CAMP" 2024**

<b>MODULO DI PERFEZIONAMENTO ISCRIZIONE</b>	Scuola Primaria "G. Ceroni" Via Santa Teresa 6 - S. Giovanni Lupatoto (VR)
---	---

Ai fini del perfezionamento dell'iscrizione alle attività del centro estivo, 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° _____	2° _____	_____

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

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)

"SPAZIO COMPITI"
<input type="checkbox"/> RICHIEDO PER MIO FIGLIO/A UN SOSTEGNO PER LO SVOLGIMENTO DEI COMPITI SCOLASTICI

**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 RAGAZZO/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 (maggiorenne)		
COGNOME:	NOME:	DOCUMENTO D'IDENTITÀ
N° DOCUMENTO:	RILASCIATO DA:	RILASCIATO IL:

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

NOMINATIVO DELEGATO 3 (maggiorenne)		
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 **SUMMER CAMP** (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
  - obbligatoria 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/richiesta 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](mailto:centriestivi@aribandus.com) INDICANDO NELL'OGGETTO "PERFEZIONAMENTO SUMMER CAMP CERONI" ENTRO E NON OLTRE LUNEDÌ 10 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**

**TUTTA LA MODULISTICA E I DOCUMENTI VANNO CONSEGNATI IN ORIGINALE IL PRIMO GIORNO DI CENTRO ESTIVO**