

Modulo di Iscrizione anno 2019

I sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori del minore, chiedono l'iscrizione per:

Nome	Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	
Codice Fiscale	Residente in Via/P.zza	Città	Provincia	
Cellulare	Mail			

al Campo Estivo "rEstate con noi" 2019 per le settimane (barrare con una croce la/le scelta/e):

Quante settimane?				
a settimana	€ 105	<input type="checkbox"/>	4 settimane	€ 400
Quali settimane?				
<input type="checkbox"/> Dal 1 luglio al 5 luglio	<input type="checkbox"/> Dal 8 luglio al 12 luglio	<input type="checkbox"/> Dal 15 luglio al 19 luglio	<input type="checkbox"/> Dal 22 luglio al 26 luglio	
<input checked="" type="checkbox"/> Scuola Inf. "San Severino" - Via Dagnini, 23/2 Bologna				

SCEGLIERE LA MODALITA' DI PAGAMENTO

- Contanti, assegno o POS presso la segreteria delle Scuole negli orari di apertura al pubblico;
- Bonifico: c/c intestato a "Educare e Crescere Società Cooperativa Sociale", presso EmilBanca - Filiale: Piazza Maggiore Bologna - IBAN: IT 26 Q 07072 02405 026000197606; specificando la causale del versamento e il nome del bambino cui si riferisce il pagamento. (es. Campo Estivo 2019 Rossi Mario).

DICHIARANO

1) DELEGHE AL RITIRO DEL MINORE

autorizzano il personale della Scuola a consegnare il suddetto minore ad una delle persone di seguito elencate e da noi delegate.

Cognome _____ **Nome** _____

ruolo nonno/a zio/a altro _____ tel: _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato il _____ a _____

Cognome _____ **Nome** _____

ruolo nonno/a zio/a altro _____ tel: _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato il _____ a _____

Cognome _____ **Nome** _____

ruolo nonno/a zio/a altro _____ tel: _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato il _____ a _____

2) AUSL

Segnalazione AUSL: si no

Certificazione di Handicap: si no

Dichiarano che il minore sopraindicato è **in regola con gli obblighi vaccinali**, in conformità a quanto richiesto dalla legge 119/2017. si no

3) FARMACI

Il minore ha necessità di avere somministrato il seguente farmaco: _____

a seguito di quanto segnalato, si richiede alla Scuola l'apposito modulo per la **somministrazione di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico**.

4) ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il minore ha le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

a seguito delle allergie e/o intolleranze segnalate, **si richiede Dieta Speciale** e:

- si consegna **Certificato medico** allegato alla presente
- si richiede alla sede del servizio l'apposito modulo per **Autocertificazione alimentare** per motivi religiosi

5) AUTORIZZAZIONI-PRIVACY

Autorizzazione diffusione dati, foto e video per la realizzazione e la diffusione di immagini dei bambini come strumento di comunicazione e promozione della Cooperativa (es: volantini, manifesti, pagina Facebook, sito) ai sensi del GDPR n.2016/679.

Viene: dato il consenso negato il consenso

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali secondo quanto previsto dal regolamento generale per la protezione dei dati personali n.2016/679, per le finalità connesse alla gestione e all'organizzazione del servizio: "Restate con noi 2019 - Maestra, chi ha morso la luna?"

Viene: dato il consenso negato il consenso

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali secondo quanto previsto dal regolamento generale per la protezione dei dati personali n.2016/679, per le finalità connesse alla gestione e all'organizzazione delle attività.

Viene: dato il consenso negato il consenso

Data _____ Firma genitore/tutore del minore _____

Da restituire compilato alla segreteria sede del servizio:

Scuola dell'Infanzia "San Severino" sanseverino@educarecrescere.it