

**Scheda di iscrizione**

domanda N° \_\_\_\_ pervenuta il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a padre/madre (o esercente la potestà)  
Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_  
Residente a\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_  
Cell\* \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio

**ISCRIVO IL MINORE**

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_  M  F\*  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_  
Nominativo Pediatra/Medico \_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio

Al **Centro Estivo di Besenzone** nella/e seguente/i settimana/e:

Settimana		Giornata intera	Pranzo	NOTE
1^ settimana	dal 6/07 al 10/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2^ settimana	dal 13/07 al 17/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3^ settimana	dal 20/07 al 24/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ENTRATA E USCITA AUTONOMA DEL MINORE**

Dichiaro che mio/a figlio/a, sotto la mia completa responsabilità

potrà entrare in autonomia al centro. Mi impegno a compilare, firmare e consegnare l'autocertificazione per prevenzione COVID 19

Firma genitore \_\_\_\_\_

potrà uscire in autonomia dal centro per il pasto alle ore \_\_\_\_\_ e rientrerà alle ore \_\_\_\_\_

potrà uscire in autonomia dal centro per il rientro a casa alle ore \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

Dichiaro che mio/a figlio/a, per tutto il periodo di permanenza presso il centro estivo, potrà essere prelevato/a all'uscita dal centro per il rientro a casa, sotto la mia responsabilità, dai signori

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

*Nota:* la richiesta di regimi alimentari specifici può essere accolta solo se accompagnata da certificato medico che attesti la presenza di allergie o intolleranze alimentari.

Si allega certificato medico

Firma genitore  
(o esercente la potestà)

\_\_\_\_\_