

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)