



**MODULO ISCRIZIONE
CENTRI ESTIVI SPORTIVI 2018
SCUOLA MATERNA**

Organizzazione “Pool Mortara Sport”

Il/La sottoscritto/a _____, genitore del bambino

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

SCUOLA MATERNA FREQUENTATA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

- ADESIONE ALLA**
- | | | |
|--------------------------|-------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 SETTIMANA | (02/07 – 06/07) |
| <input type="checkbox"/> | 2 SETTIMANA | (09/07 – 13/07) |
| <input type="checkbox"/> | 3 SETTIMANA | (16/07 – 20/07) |
| <input type="checkbox"/> | 4 SETTIMANA | (23/07 – 27/07) |
| <input type="checkbox"/> | 5 SETTIMANA | (30/07 – 03/08) |
| <input type="checkbox"/> | 6 SETTIMANA | (20/08 – 24/08) |
| <input type="checkbox"/> | 7 SETTIMANA | (27/08 – 31/08) |
| <input type="checkbox"/> | 8 SETTIMANA | (03/09 – 07/09) |

e-mail dove inviare fattura _____

COMUNICAZIONI PERSONALI:

Allo scopo di assicurare un buon funzionamento ed un'adeguata vigilanza a tutti i bambini, i genitori o esercenti la potestà genitoriale sono pregati di voler segnalare, sotto la propria responsabilità, consapevoli che in caso di dichiarazione mendace saranno puniti ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadranno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000):

- che il/la proprio figlio/a non presenta patologie particolari per le quali necessita di certificazione medica e/o di particolari attenzioni mediche e non presenta allergie alimentari (in caso affermativo **allega certificato medico** e eventuali comunicazioni per la mensa):

NOTE _____

- che il minore sopra indicato ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie;
- che il/la proprio/a figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno:
 - SI
 - NO

Allegare al presente modulo di iscrizione:

- ⇒ Diagnosi funzionale;
- ⇒ Certificato medico;
- ⇒ Recapito telefonico del dottore di riferimento.

- Di essere a conoscenza che, se a seguito dell'esame della documentazione presentata, e dalla valutazione del caso, si ritenga la necessità di affiancare un assistente ad personam al minore, il nominativo dell'operatore dovrà essere fornito dai genitori che si faranno carico della totalità dei costi nonché della stipula di un'assicurazione infortuni per l'operatore stesso.

- Il Genitore dichiara che il nucleo familiare è seguito dal Servizio Socio-Assistenziale

- SI
- NO

(indicare il nome dell'assistente sociale) _____

In relazione al D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di dati personali", La informiamo che i dati del suo nucleo familiare sono trattati esclusivamente per l'ammissione al centro estivo e con la massima riservatezza.

Mortara, _____

FIRMA
