

SCHEDA PERSONALE D'ISCRIZIONE 2025

BAZZANO			CREPELLANO			MONTEVEGLIO		
	PART TIME	FULL TIME		PART TIME	FULL TIME		PART TIME	FULL TIME
INFANZIA			INFANZIA			INFANZIA		
PRIMARIA			PRIMARIA			PRIMARIA		
SECONDARIA			SECONDARIA			SECONDARIA		

DATI ISCRITTO:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il ____/____/____ C.F. _____

Residente in Via /piazza _____ n° _____ Comune _____

Cognome/nome mamma: _____ Cell. mamma _____

Cognome/nome papà: _____ Cell. papà _____

Tel. casa _____ Altri recapiti telefonici 1 _____ 2 _____

Indirizzo email: _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA IN VALSAMOGGIA?	SI	NO
--	----	----

INFORMAZIONI SULL'ISCRITTO:

Indossa occhiali particolari: _____

Può svolgere tutte le attività sportive previste dalla programmazione? ☐ SI ☐ NO

Se non può, indicare quali attività sportive non può svolgere: _____

Si richiede di indicare, sbarrando la casella, se il/la bambino/a ha disabilità certificata o in corso di certificazione:

☐ certificata ☐ in corso di certificazione

Data ____/____/____ Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà _____

Chiedo che mio figlio/a sia ammesso a frequentare il **VALSAMOGGIA SUMMER CAMP 2025**
nei seguenti periodi (barrare la settimana richiesta)

SETTIMANA	PERIODO	INFANZIA	PRIMARIA	SECONDARIA
1° settimana	09/06 - 13/06	☐	☐	☐
2° settimana	16/06 - 20/06	☐	☐	☐
3° settimana	23/06 - 27/06	☐	☐	☐
4° settimana	30/06 - 04/07	☐	☐	☐
5° settimana	07/07 - 11/07	☐	☐	☐
6° settimana	14/07 - 18/07	☐	☐	☐
7° settimana	21/07 - 25/07	☐	☐	☐
Sede del Servizio: Crespellano				
8° settimana	28/07 - 01/08	☐	☐	☐
9° settimana*	04/08 - 08/08	☐	☐	☐
10° settimana*	11/08 - 15/08	☐	☐	☐
11° settimana*	18/08 - 22/08	☐	☐	☐
12° settimana	25/08 - 29/08	☐	☐	☐
13° settimana	01/09 - 05/09	☐	☐	☐
14° settimana	08/09 - 12/09	☐	☐	☐

* Il Servizio per le settimane indicate verrà attivato al raggiungimento di un numero minimo di iscritti.

Sono inoltre a conoscenza che:

- il saldo delle quote va effettuato prima dell'inizio della frequentazione
- non sono previsti rimborsi delle quote a fronte di assenze per periodi inferiori alla settimana
- è previsto rimborso solamente a fronte di certificato medico

Data ____/____/____ Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà _____

AUTORIZZAZIONI AL PERSONALE INCARICATO ALLA VIGILANZA DEL VALSAMOGGIA SUMMER CAMP 2025

DATI GENITORE DICHIARANTE:

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

genitore di _____

DATI DELL'ALTRO GENITORE O DELL'ALTRA FIGURA ESERCITANTE PATRIA POTESTÀ:

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

(da compilare solo se domicilio/residenza diversa dal genitore dichiarante) residente a _____

in via _____ genitore di _____

AUTORIZZO

la consegna di mio figlio/a alle seguenti persone **(solo se maggiorenni)**
qualora noi genitori non potessimo ritirarlo/a personalmente:

COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA	TELEFONO

Data ____/____/____ Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà _____

Con la presente sollevo, il personale incaricato a svolgere il suddetto servizio, da ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero verificarsi **dopo l'uscita** di mio figlio dal Valsamoggia Summer Camp 2025

AUTORIZZO:

mio figlio/a a partecipare alle **uscite a piedi** previste nell'ambito della programmazione nel periodo del Valsamoggia Summer Camp 2025

Data ____/____/____ Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà _____

Il/la sottoscritto/a _____

☐ genitore o titolare della responsabilità genitoriale ☐ tutore/amministratore di sostegno

del minore _____

dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e, in particolare,

☐ autorizza ☐ non autorizza

a titolo gratuito, entro i limiti di tempo esposti in informativa, 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, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet o sui profili social della società Tennis and Fun S.S.D. a r.l., su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della Società e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono di carattere informativo ed eventualmente promozionale.

La presente autorizzazione non consente l'uso delle immagini in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro della persona ritratta e, comunque, per un uso diverso da quello sopra specificato.

Il/la sottoscritto/a, pertanto, dichiara di non aver nulla a pretendere da Tennis and Fun S.S.D. a r.l., in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail a info@tennisandfun.it.

Inoltre,

☐ autorizza ☐ non autorizza

Tennis and Fun S.S.D. a r.l. all'invio di comunicazioni di natura promozionale relativamente ai servizi offerti nell'ambito delle attività istituzionali dell'organizzazione.

Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli artt. 316, comma 1, e 337 ter, comma, 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del genitore o titolare della responsabilità genitoriale o del tutore/amministratore di sostegno

SCHEMA SANITARIA PER MINORI

--	--

Cognome**Nome**

--	--

Luogo e data di nascita**Nazionalità**

--

Residenza - Indirizzo - Telefono

--	--	--

Medico curante**Libretto sanitario n.****AUSL****MALATTIE PREGRESSE**

Morbillo	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Parotite	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Pertosse	Si	no	Non so	Vaccinato	Si	No
Rosolia	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Varicella	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No

ALLERGIE

	Specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetto	

Altro (segue cure specifiche o utilizza farmaci, utilizza protesi dentarie o di altro tipo)_____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto _____

Intolleranze alimentari (si richiede consegna del certificato di dieta per i non residenti in Valsamoggia)_____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta):

- ☐ non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- ☐ è stato richiesto intervento medico - si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data**Firma di chi esercita la potestà parentale**