

**MODULO ISCRIZIONE**

**“POLLY CAMP 2025 TUTTA L’ESTATE CON NOI”**

**POLIVALENTE 87 E GINO PINI ASD APS tel.059 300015**

 **DATI BAMBINO/A**

 Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_

 **DATI MADRE** Cognome/Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DATI PADRE** Cognome/Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ ADERISCO AL BANDO COMUNALALE PROGETTO CONCILIAZIONE CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 INTOLLERAZE ALIMENTARI O ESIGENZE DI TIPO RELIGIOSO PRESENTARE CERTIFICAZIONE

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULA PRESCELTA:**□ **FULL TIME (€ 125.00)**Dalle 8.00 alle 17.00* **MATTINO CON PRANZO (€ 110,00)**

Dalle 8.00 alle 14.00* **MATTINO NO PRANZO (€85,00)**

Dalle 8.00 alle 12.30**SERVIZI AGGIUNTIVI:*** **ANTICIPO DI ORARIO (€ 8,00)**

Dalle 7.30 alle 8.00 * **POSTICIPO DI ORARIO (€ 8,00)**

Dalle 17.00 alle 18.00 **CONTRIBUTO INIZIALE UNA TANTUM (€ 25.00)** | **TURNI DI GIUGNO*** 1° DAL 09-13 GIUGNO
* 2° DAL 16-20 GIUGNO
* 3° DAL 23-27GIUGNO

**TURNI DI LUGLIO*** 4° DAL 30-04 LUGLIO
* 5° DAL 07-111 LUGLIO
* 6° DAL 14-18 LUGLIO
* 7° DAL 21-25 LUGLIO

**TURNI DI AGOSTO*** 8° DAL 28 -01 AGOSTO
* 9° DAL 04 -08 AGOSTO
* 10°DAL 25-29 AGOSTO

**TURNI DI SETTEMBRE*** 11° DAL 01-05 SETTEMBRE
* 12° DAL 08-12 SETTEMBRE
 |

**AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE**

**POLLY CAMP GINO PINI**

I sottoscritti (entrambi i genitori)

(nome e cognome genitore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome genitore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in veste di genitori/tutori del/della bambino/a

(nome e cognome del minore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a) DICHIARANO:**

che il/la bambino/a: **(si prega di cancellare la voce che non interessa)**

 **ha** / **non ha** intolleranze alimentari/allergie (Specificare l’intolleranza / allergia posseduta allegando la prescrizione medica):

 nella scuola frequentata **si avvale** / **non si avvale** dell’assistente educatore/insegnante di sostegno per n°

ore settimanali. **Si prega di allegare certificazione L. 104, necessaria per definire eventuali servizi integrativi;**

 necessita della **somministrazione del farmaco.** Dichiarano di essere a conoscenza che gli istruttori del POLLY CAMP GINO PINI **NON POTRANNO SOMMINISTRARE** alcun medicinale e quindi **si impegnano a provvedere in proprio**

**b) ATTESTANO:**

- che il/la proprio/a figlio/a ha eseguito le vaccinazioni di Legge e raccomandate; SI VEDA SCHEDA SANITARIA ALLEGATA (Allegato A)

- che non presenta alcun problema di ordine sanitario in atto come certificato dal proprio pediatra. Si allega copia del **Libretto dello sportivo in corso di validità**

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**

**Allegato A**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Curante AUSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Libretto sanitario dello sportivo (indicare la data di scadenza dell’ultima visita)

**MALATTIE PREGRESSE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | NON SO | VACCINATO | SI | NO |
| MORBILLO |  |  |  |  |  |  |
| PAROTITE |  |  |  |  |  |  |
| PERTOSSE |  |  |  |  |  |  |
| ROSOLIA |  |  |  |  |  |  |
| VARICELLA |  |  |  |  |  |  |

FARMACI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POLLINE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POLVERI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MUFFE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PUNTURE INSETTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLORO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALTRE EVENTUALI ALLERGIE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro (indicare altre informazioni utili, sia mediche che comportamentali, per poter meglio gestire/sorvegliare in sicurezza il minore e altre indicazioni utili per effettuare le attività sportive previste):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**AVVISO IMPORTANTE l’associazione è tenuta a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).**

**c) AUTORIZZAZIONE AL RITIRO DEL MINORE**

Si autorizzano le seguenti persone al ritiro del minore a fine giornata:

Indicare Nome – Cognome - Grado di parentela **(ALLEGARE LE COPIE DEI DOCUMENTI D’IDENTITA’)**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**autorizziamo il/la ragazzo/a ad uscire da solo/a (solo per ragazzi frequentanti le scuole medie)**

**alle ore: \_\_\_\_\_in quanto abita a meno di 500 metri dalla sede del Centro Estivo e/o altro**

**REGOLAMENTO INTERNO:**

POLLY CAMP GINO PINI è responsabile dei bambini dal momento in cui inizia l’attività prenotata (e non prima) fino allo scadere della stessa: visionare attentamente gli orari della formula scelta.

Con la sottoscrizione del presente modulo il richiedente conferma di aver preso visione dell’informativa della privacy e di esprimere il consenso del trattamento dei dati sopra indicati. Inoltre dichiara di aver letto e approvato il “Regolamento Amministrativo” .

Allegato al presente modulo di autocertificazione viene consegnata la Scheda Sanitaria che dovrà essere debitamente compilata e controfirmata, nel caso in cui non venisse consegnata, il POLLY CAMP GINO PINI considererà che tutti i campi richiesti in tale allegato non contengano alcun tipo di informazione rilevante per permettere il regolare svolgimento delle attività.

**Altre informazioni utili allo staff per la gestione e la sicurezza del bambino all’interno dell’attività sportiva proposta:**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma di entrambi i genitori o di chi ne fa le veci)

Genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. 94014030368 – P.I. 02386300368 – Affiliata UISP – ARCI – CSI – AICS. ASC

Iscritta nel registro delle Associazioni di Promozione Sociale Comunale – Provinciale - Regionale