

DA COMPILARE E INVIARE A CIPSS COOP. SOCIALE (E-mail: cipss@cipss.org)

Attività estiva 2025
Comune di GUARDEA

I sottoscritti

Madre <i>(o chi ne fa le veci)</i> Nome e Cognome _____ C.F. _____ e.mail _____ cell. _____	Padre <i>(o chi ne fa le veci)</i> Nome e Cognome _____ C.F. _____ e.mail _____ cell. _____
--	--

residenti a cap. in via

ISCRIVONO

IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A

NATO/A A **IL**

CODICE FISCALE

AL CENTRO ESTIVO nella/e settimana/e seguenti (barrare la selezione)

7/11 LUGLIO 14/18 LUGLIO 21/25 LUGLIO 28 LUGLIO/1° AGOSTO

A tal fine:

- ACCONSENTONO**
 NON ACCONSENTONO

alla raccolta da parte degli animatori/educatori di materiali multimediali (video e/o foto) durante le attività giornaliere, con la finalità di costituire un archivio da utilizzarsi esclusivamente per scopi connessi all'attività del servizio;

INFORMANO che il/la bambino/a non presenta allergie e/ intolleranze alimentari oppure è allergico/a o intollerante ai seguenti alimenti e quindi deve osservare la seguente dieta speciale (allegare certificazione del medico specialista all'atto dell'iscrizione);
altre necessità da specificare

COMUNICANO che la/le settimana/settimane di frequenza, all'interno del periodo di attività dello specifico centro estivo, dal lunedì al venerdì in orario 8:30 / 13:30, saranno (es. 7/11, 14/18 etc.):

.....

SI RENDE NOTO che il costo orientativo della quota di iscrizione per l'intero periodo (quattro settimane) ammonta a 160,00 euro (da suddividere eventualmente in base al numero effettivo di settimane scelto), e verrà definito e comunicato al raggiungimento del numero minimo di iscritti.

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

Ai sensi del D.lgs. 196/03 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzano, inoltre, la cooperativa Cipss al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda, nonché di ogni altra informazione socio economica e sanitaria finalizzata al presente procedimento ed indispensabili all'iscrizione e frequenza al servizio.

I dati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo ed il loro trattamento sarà realizzato da personale della cooperativa e dell'ASL (per competenza sanitaria), anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

.....

.....

ATTO DI DELEGA

All'uscita i/le bambini/e saranno affidati/e esclusivamente ai genitori o ad adulti da questi designati per iscritto e presentati al personale; ogni modifica, anche temporanea, delle persone deve essere preventivamente comunicata per iscritto al servizio. Oltre agli adulti designati, i/le bambini/e possono essere affidati/e in casi eccezionali, previa comunicazione dei genitori al servizio, ad adulti da questi delegati per la singola occasione, muniti di documento di riconoscimento in corso di validità.

I sottoscritti..... genitori
di

DELEGANO

(la delega corredata da fotocopia del documento di identità personale si intende valida sino ad esplicita revoca scritta e va rinnovata per ogni anno scolastico di frequenza)

Il/La Sig./ra	Documento identità	Firma

a prendere in consegna il proprio/a figlio/a al termine della giornata.

DICHIARANO

di sollevare da qualsiasi responsabilità il personale della Cooperativa incaricato del servizio educativo.

E PRENDONO ATTO

che la responsabilità del personale della Cooperativa stessa cessa dal momento in cui il/la bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

Data

FIRMA DELLA MADRE (o di chi ne fa le veci)

FIRMA DEL PADRE (o di chi ne fa le veci)

.....

.....