C.R.E. SAN GIORGIO DELLE PERTICHE

RISERVATO ALLA SEGRETERIA									
DATA PAGAMENTO	MODALITÀ PAGAMENTO				PAGATO	DA PAGARE	DOCUMENTI MANCANTI		
	☐ POS	☐ CCB	☐ Cont.	☐ CCP			☐ Pagamento	☐ Mod. tess.	☐ Certificato

MODULO D'ISCRIZIONE PER I CENTRI RICREATIVI ESTIVI

SCUOLA DELL'INFANZIA

Centro Estivo riservato ai tesserati. È obbligatorio aver effettuato la richiesta di tesseramento utilizzando l'apposito modulo.

Ultimo grado scolastico frequentato: ☐ Scuola dell'infanzia

DATI DEL RICHIEDENTE A CUI ANDRA' INTESTATA LA RICEVUTA (tutti i dati sono obbligatori)

Cognome genitore/tutore legale			
Nome genitore/tutore legale			
Comune di residenza	CAP		Prov.
Indirizzo di residenza		N. civico	
Codice fiscale	Cellulare		
Altri recapiti per urgenze			
E-mail			

INSERIRE I DATI DEL MINORE CHE SI INTENDE ISCRIVERE

☐ Unico figlio iscritto ☐ Primo figlio iscritto ☐ Altro figlio iscritto | In caso di "altro figlio" indicare sede del primo iscritto:

Cognome del minore			
Nome del minore			
Luogo di nascita	Data di nascita		
Codice fiscale			

INDICARE LA SEDE

☐ Scuola dell'Infanzia

SEGNARE CON UNA 'X' IL PERIODO E L'ORARIO

☐ 1-5 luglio	13.00	16.00	18.00		☐ 22-26 luglio	13.00	16.00	18.00	
☐ 8-12 luglio	13.00	16.00	18.00		☐ 29 luglio-2 agosto	13.00	16.00	18.00	
☐ 15-19 luglio	13.00	16.00	18.00						

☐ Chiedo l'ingresso anticipato alle ore 7.30 | **N.B. Pranzo incluso nel prezzo**

IL GENITORE O IL TUTORE LEGALE DICHIARA CHE IL/LA MINORE

☐ è già tesserato/a con SPHERA S.S.D. a R.L. per l'anno sportivo in corso

Per l'eventuale uscita in piscina il/la minore: ☐ Non sa nuotare ☐ Sa stare a galla ☐ Sa nuotare

NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO)

☐ È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da: ☐ Operatore ULSS ☐ Insegnante di sostegno

Manifesta: ☐ problemi cardiaci ☐ problemi respiratori ☐ problemi osteo-muscolari

Specificare il tipo di problema:

☐ Ha le seguenti allergie non alimentari:

RICHIESTA DI DIETA SPECIFICA PER ALLERGIE (DEVE ESSERE CORREDATA DA CERTIFICATO MEDICO) O MOTIVAZIONI ETICO-RELIGIOSE

Indicare le allergie alimentari:

☐ Necessita della somministrazione di farmaco d'urgenza. **Si allega certificato medico e istruzioni relative alla posologia**

Altre note che si vogliono fornire all'organizzatore

Sottoscrivendo il presente modulo il sottoscritto dichiara di:

✓ Di aver letto e accettato le condizioni, relative a "Rimborso e rinuncia al servizio" e a "Iscrizioni e prolungamenti settimanali", come indicate nel volantino.

Data richiesta d'iscrizione	Firma del genitore o di chi ne esercita patria potestà