



ISCRIZIONE SETTIMANE VERDI 2019

Il sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore,
desidera iscrivere _____ nato/a _____
il ___/___/___, residente a _____ in via _____,
tessera sanitaria nr. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

per i giorni: (segnare con una crocetta il giorno o i giorni di iscrizione)

17 - 21 Giugno	1 - 5 Luglio	29 Luglio - 2 Agosto
24 - 28 Giugno	8 - 12 Luglio	5 - 9 Agosto
	15 - 19 Luglio	19 - 23 Agosto
	22 - 26 Luglio	26 - 30 Agosto

Chiedo La possibilità di posticipo fino alle ore 17.00

Si segnala che il/la bambino/a:

Presenta le seguenti allergie: _____

Sta seguendo le seguenti cure: _____

È stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni: _____

Altro da segnalare: _____

➔ In caso di necessità/urgenza chiamare al

➔ Allego alla presente iscrizione la fotocopia della carta d'identità del/la bambino/a, della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la pubblicazione delle immagini del minore, riprese dai responsabili dell'azienda durante tutte le attività didattiche, per l'uso di promozione e pubblicizzazione attraverso locandine, sito internet, forum e tutto ciò che ruota intorno alla vita dell'azienda. Ne vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la propria dignità personale ed il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita. Autorizzo l'utilizzo dei miei dati personali nel rispetto della Legge n. 675/96 e dell'art. 13 del decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice sulla Privacy).

Dichiaro di aver letto, compreso e accettato il regolamento.

_____ luogo e data

_____ firma del genitore/tutore