

## SCHEDA D'ISCRIZIONE E AUTORIZZAZIONE CAMPI PASQUALI 2023

### Dati anagrafici del bambino/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Chiedo che mio figlio/a sia ammesso/a come socio/a di Feronia A.p.s., dichiaro di aver letto lo statuto e di accettarne il contenuto e le norme di funzionamento. Autorizzo Feronia A.p.s. ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30/06/2006 (testo unico della privacy) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), ad utilizzare i suoi dati esclusivamente a scopi istituzionali.

Firma del genitore \_\_\_\_\_ N° Tessera (a cura dell'Associazione) \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici di un genitore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

### SCELTA GIORNATE

GIORNO	GIORNATA INTERA	MEZZA GIORNATA	RIDUZIONE PER RESIDENTI CALCI	DIPENDENTE UNIV. e/o SOCIO COOP (N° TESSERA)	TOTALE
<b>VEN 07.04</b>	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> - € 3,00	<input type="checkbox"/> - 10% ( _____ )	_____
<b>MAR 11.04</b>	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> - € 3,00	<input type="checkbox"/> - 10% ( _____ )	_____
<b>IMPORTO TOTALE:</b>					_____

Indicare di seguito tutti i nominativi e recapiti telefonici della persone autorizzate ad accompagnare o prendere il bimbo/a direttamente al campo. Ricordiamo che il bimbo o la bimba non verrà lasciato andare se non con persone segnalate nella lista.

..... tel. ....

..... tel. ....

..... tel. ....



## FERONIA ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

Piazza Cairoli, 4/5 – 56011 Calci (Pisa) – C.F. 93061060500 – P.IVA 01902560505

Educazione ambientale e Campi solari: tel. +39 333-6602747

didattica@feroniaguidetoscana.it – www.feroniaguidetoscana.it

### SCHEDA SANITARIA

Per tutelare la sicurezza dei vostri figli, vi chiediamo di compilare la seguente scheda.

Patologie*: _____ _____
Allergie*: _____ _____
Eventuali terapie farmacologiche*: _____

\* In caso affermativo, ricordiamo che in merito a disposizioni vigenti gli operatori non sono autorizzati a somministrare medicinali e che quindi i bimbi/e dovranno essere capaci di assumerli autonomamente. Vi preghiamo di indicare nello spazio sottostante dove verranno riposti i medicinali.

Ulteriori particolari esigenze che si ritiene opportuno segnalare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATI RELATIVI AL BAMBINO/A

Autorizzo l'utilizzo dei dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura di iscrizione, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_