

SCHEDA D'ISCRIZIONE E AUTORIZZAZIONE CAMPI PASQUALI 2025

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 UNIPI e/o FRATELLI/SORELLE (N° TESSERA)	TOTALE
VEN 18.04	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> - € 3,00	<input type="checkbox"/> - 10% (_____)	_____
MAR 22.04	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> - € 3,00	<input type="checkbox"/> - 10% (_____)	_____
IMPORTO TOTALE:					_____

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
