

SCHEDA D'ISCRIZIONE E AUTORIZZAZIONE CAMPI MARINA 2026

Dati anagrafici del bambino/a

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____ a _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale _____	
Residente a _____	CAP _____ in via _____ n° _____
Domiciliato/a a _____	CAP _____ in via _____ n° _____
<input type="checkbox"/> Chiedo che mio figlio/a sia ammesso/a come socio/a dell'Associazione Feronia, dichiaro di aver letto lo statuto e di accettarne il contenuto e le norme di funzionamento. Autorizzo l'Associazione Feronia 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 _____	CAP _____ in via _____ n° _____
Codice fiscale _____	e-mail _____
Cellulare _____	Altri recapiti _____

SCELTA GIORNATE

MODULO	GIORNATA INTERA	MEZZA GIORNATA	GIORNATE SINGOLE (INDICARE)	RIDUZIONE RESIDENTI CALCI	RIDUZIONE FRATELLI / SORELLE	QUOTA (A CURA DELL'ASSOCIAZIONE)
29 giu – 3 lug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6-10 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TESSERA:						
MARCA DA BOLLO:						
TOTALE IMPORTO:						

Indicare tutti i nominativi e recapiti telefonici della persone autorizzate ad accompagnare o prendere il bimbo/a direttamente al campo. Il/la bimbo/a 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.

Per garantire un'esperienza serena e positiva, vi invitiamo a fornirci ulteriori informazioni utili per favorire l'inclusione e il benessere del/la bambino/a (es. esigenze educative, relazionali, sanitarie o organizzative): _____

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
