**Dati genitori** DATA

COGNOME NOME C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO IL A tel. email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME NOME C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO IL A tel. email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ISCRIVONO**

il/la proprio/a figlio/a nato/a a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA N.

scuola e classe frequentata

**al Centro Estivo (inserire/periodo/costo)**

**Età \_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_ Settimane Periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Giorn. intera \_\_\_ Mezza Giorn. \_\_ingr. ant \_\_\_\_(fare una x)**

**“E-state off line”, dal 23 giugno al 25 luglio 2025, età dagli 6 ai 14 anni ( )**

**“C’era una volta”, dal 30 giugno al 25 luglio 2025, età dai 4 ai 6 anni ( )**

**COSTO TOTALE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**I genitori dichiarano:**

nostro/a figlio/a ha la certificazione con ex legge 104/92 art 3 comma 1: SI No 

nostro/a figlio/a ha la certificazione con ex legge 104/92 art 3 comma 3: Si No

nostro/a figlio/a è allergico/a : SI NO 

comunichiamo le seguenti allergie

**Siamo a conoscenza che il personale del servizio NON può somministrare alcun farmaco e quindi ci impegniamo a provvedere in proprio in caso di bisogno.**

comunichiamo che nostro/a figlio/a ha necessità di farmaco salvavita SI NO si allega certificazione medica e autorizzazione alla somministrazione. 

**firma genitore firma genitore**

**I genitori AUTORIZZANO:**





| Gli educatori a **consegnare** il proprio/a figlio/a alle seguenti persone: | |
| --- | --- |
| Nome e Cognome (grado di parentela o altro) | Codice fiscale e allegare documento |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**selezionare le autorizzazioni concesse e firmare**



**LIBERATORIE**

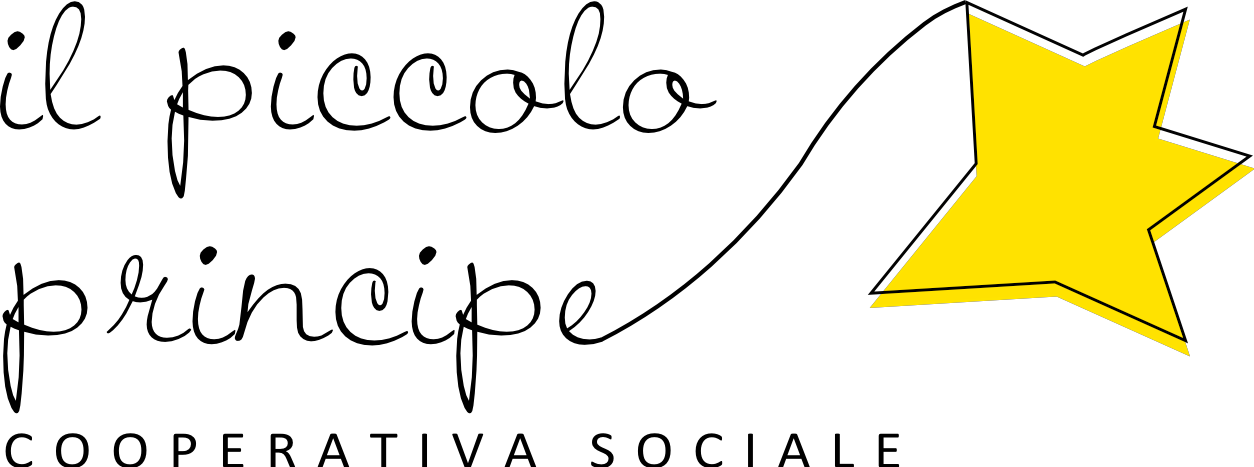
I genitori dichiarano di:





**selezionare le liberatorie concesse e firmare**



Modulo Iscrizione Attività Educative Estive

**Pagamenti**

**I pagamenti della quota spettante alle famiglie possono essere effettuati** a mezzo

**bonifico bancario o bollettino Postale** sui seguenti conti correnti **e modalità:**

* **Presso il Centro Giovani Avane**

Possibilità pagamento con BANCOMAT

* **Bonifico bancario**

UNICREDIT

Filiale di Empoli

IBAN: IT64S0200837831000102102756

Intestatario conto “Il Piccolo Principe Soc.Coop.Soc.Onlus”

Specificando nome del bambino, sede del servizio e periodo scelto.

**In allegato:**

* Fotocopie documenti identità genitori e delegati
* Consenso al trattamento dei dati personali e autorizzazione alla diffusione limitata di foto e video per la frequenza del servizio
* Copia ISEE per chi ne usufruisce
* Richiesta pasto alternativo per motivi di salute o religiosi
* Informativa privacy (in visione)

Mod. ISC EST

23/06/20 Pagina 3 di 3 .