

Dati genitori

DATA _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____ CAP _____

VIA _____ N. _____

tel. _____ email _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____ CAP _____

VIA _____ N. _____

tel. _____ email _____

ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevoli delle **responsabilità penali in caso di dichiarazioni false**

DICHIARANO

di essere genitori di:

DICHIARA

di essere l'unico genitore (o chi ne fa le veci) esercitante la patria potestà del/della bambino/a ragazzo/a

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE _____ VIA _____ N _____

SCUOLA E CLASSE _____

EVENTUALI PROBLEMATICHE: (di natura sanitaria, allergenica, alimentare, altro..)

si (produrre documentazione medica)

no

autorizzano gli educatori del servizio a contattare telefonicamente il/la ragazzo/a per comunicazioni inerenti le attività educative

cell. _____

altra persona da contattare _____ tel. _____

altra persona da contattare _____ tel. _____

**ISCRIVONO II/IA proprio/a FIGLIO/A
alle seguenti attività del Centro Giovani**

	lun.	mar.	mer.	gio.	ven.	sab.
Studio Officina						
Calcio Sociale						
Attività Gruppo						

(selezionare giorni e attività)

I sottoscritti si impegnano al pagamento di:

- iscrizione CGA: 50€ (che dà diritto alla frequenza di tutte le attività del Centro)
- iscrizione solo StudiOfficina: 20 € (più quota mensile a seconda della frequenza scelta)

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione e di accettare il **regolamento interno** allegato alla presente domanda.

Firma _____	Firma _____
--------------------	--------------------

Variazioni iscrizione

data _____

	lun.	mar.	mer.	gio.	ven.	sab.
Studio Officina						
Calcio Sociale						
Attività Gruppo						

(selezionare giorni e attività)

Firma _____	Firma _____
--------------------	--------------------

data _____

	lun.	mar.	mer.	gio.	ven.	sab.
Studio Officina						
Calcio Sociale						
Attività Gruppo						

(selezionare giorni e attività)

Firma _____	Firma _____
--------------------	--------------------

data _____

	lun.	mar.	mer.	gio.	ven.	sab.
Studio Officina						
Calcio Sociale						
Attività Gruppo						

(selezionare giorni e attività)

Firma _____	Firma _____
--------------------	--------------------

I genitori AUTORIZZANO:

Il/la proprio/a figlio/a a **partecipare alle attività al di fuori della struttura accompagnato dagli educatori** durante il normale orario di apertura.

Il/la proprio/a figlio/a a **potersi allontanare temporaneamente dalla struttura non accompagnato dagli educatori.** (art. 19 bis DL 148 16/10/2017 *Disposizioni in materia di uscita dei minori di 14 anni dai locali scolastici*)

Il/la proprio/a figlio/ad **uscire da solo al termine di StudiOfficina** o delle attività (art. 19 bis DL 148 16/10/2017 *Disposizioni in materia di uscita dei minori di 14 anni dai locali scolastici*).

Gli educatori del Centro Giovani Avane a partecipare ai **colloqui periodici con gli insegnanti**

Gli educatori a **consegnare** il proprio/a figlio/a alle seguenti persone:

Nome	tipo e n° documento

selezionare le autorizzazioni concesse e firmare

Firma _____ Firma _____

LIBERATORIE

I genitori dichiarano di:

Aver preso visione dell'Informativa sulla **Privacy** di cui agli art. 13-14 del regolamento UE 2016/679 consultabile su: <https://www.cooperativailpiccoloprincipe.it/?q=node/42>

Prestare il proprio consenso affinché i dati siano condivisi con **Partner e Finanziatori** del Centro per le finalità di gestione, ricerca, valutazione e rendicontazione delle attività.

Prestare il proprio consenso ad essere eventualmente contattati per una breve **intervista telefonica** al fine di migliorare le attività del Centro.

Prestare il proprio consenso affinché **nostro/a figlio/a** possa essere eventualmente contattati per una breve **intervista telefonica** al fine di migliorare le attività del Centro.

selezionare le liberatorie concesse e firmare

Firma _____ Firma _____