



cemea

Centri
di Esercitazione
ai Metodi
dell'educazione
Attiva

Comune di Venaria Reale

Centro estivo 2019

AUTORIZZAZIONI

Il/La sottoscritto/a autorizza il/la proprio/a
figlio/a a partecipare alle uscite organizzate dal
servizio di centro estivo gestito dalla Coop. sociale CEMEA.

Data..... Firma.....

Il/La sottoscritto/a autorizza il/la proprio/a
figlio/a ad uscire dal centro estivo gestito dalla
Coop. sociale CEMEA, accompagnato dal/dalla signor/a

(cognome, nome e ruolo)

(cognome, nome e ruolo)

(cognome, nome e ruolo)

Allega fotocopia della carta d'identità.

Data.....

Firma della madre..... Firma del padre.....

Firma di chi esercita la patria potestà.....

Il/La sottoscritto/a autorizza il personale del centro
estivo gestito dalla Coop. sociale CEMEA a scattare fotografie e fare riprese video al/alla
proprio/a figlio/a durante le attività educative
del servizio:

al fine esclusivo di documentare l'attività svolta, Si No

per eventuali pubblicazioni su giornali, video o sul sito ufficiale. Si No

Data..... Firma.....

**Preso visione dell'informativa di all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di
protezione dei dati personali", esprime il consenso al trattamento dei dati personali:**

SI come previsto dalla stessa

Data..... Firma



cemea

Centri
di Esercitazione
ai Metodi
dell'educazione
Attiva

Comune di Venaria Reale

SCHEDA DI ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO 2019 scuola INFANZIA "Boccaccio"

Il/la sottoscritto/a.....

nato a il

residente a (.....) in via/viale/piazza

..... C.F.

in qualità di genitore/affidatario, **chiede l'iscrizione del minore**

cognome e nome del bambino/a.....

nato/a a (.....), il/...../.....

residente a (.....) in via/viale/piazza

....., frequentante la scuola infanzia

..... sez.

al centro estivo di scuola dell'infanzia, per le seguenti settimane: (barrare solo le settimane interessate)

1 - 5 luglio	8 - 12 luglio	15 - 19 luglio	22 -26 luglio	26 - 30 agosto

allergie alimentari da segnalare.....

necessita di diete particolari.....

il minore presenta disabilità psico-fisiche attestate dal competente servizio sanitario si no

allega documentazione

note

dispone di n°..... buoni servizio del valore di € ciascuno (di cui allega scontrino)

DATI DEI GENITORI

MADRE cognome..... nome.....

recapiti telefonici cellulare casa

lavoro.....

PADRE cognome..... nome.....

recapiti telefonici cellulare casa

lavoro.....

ALTRA FIGURA O FAMILIARE cognome.....

nome.....

recapiti telefonici cellulare casa

lavoro.....