



“C.E.R. ESTATE 2019” Modulo Iscrizione

Dati di un genitore o di una persona delegata:

COGNOME _____
NOME _____
Telefono _____
E-mail _____

Dati del minore:

COGNOME _____
NOME _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____

Scuola frequentata durante l' a.s. 2018/2019:

Classe	<input type="checkbox"/> 1^	<input type="checkbox"/> 2^	<input type="checkbox"/> 3^	<input type="checkbox"/> 4^	<input type="checkbox"/> 5^	Sezione _____
presso la sede di	<input type="checkbox"/> Primaria di Cavalcaselle					
	<input type="checkbox"/> Primaria di Sandrà					
	<input type="checkbox"/> Primaria di Castelnuovo					
	<input type="checkbox"/> Altra :					

Periodo Luglio-agosto (minimo 2 settimane)

<input type="checkbox"/> 1 ^a SETTIMANA (dal 1° al 5 luglio)
<input type="checkbox"/> 2 ^a SETTIMANA (dall'8 al 12 luglio)
<input type="checkbox"/> 3 ^a SETTIMANA (dal 15 al 19 luglio)
<input type="checkbox"/> 4 ^a SETTIMANA (dal 22 al 26 luglio)
<input type="checkbox"/> 5 ^a SETTIMANA (dal 29 luglio al 2 agosto)
<input type="checkbox"/> 6 ^a SETTIMANA (dal 5 al 9 agosto)

Periodo Agosto-settembre (Cer settembrino):

<input type="checkbox"/> 1 ^a SETTIMANA (dal 26 al 30 agosto)
<input type="checkbox"/> 2 ^a SETTIMANA (dal 2 al 6 settembre)

AUTORIZZO il trattamento dei dati sopra dichiarati, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Servizio Educativo del Comune di Castelnuovo d/G. Tali dati potranno essere utilizzati per le seguenti finalità: comunicazione nominativi alle diverse agenzie (Cooperativa, servizio mensa, Gardaland, servizio di trasporto,...) che collaborano alla gestione del Servizio.

AUTORIZZO mia/o figlia/o a partecipare a brevi uscite sul territorio anche se non previste dal programma.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

mia/a figlia/o a rincasare da solo (senza accompagnatori adulti) al termine dell'iniziativa ovvero alle ore _____ esonerando il personale da ogni eventuale responsabilità.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

l'utilizzo di fotografie/video di mia/o figlia/o fatte durante le attività per fini di documentazione, creazione di cds ed organizzazione di mostre legate al servizio.

CHIEDO

NON CHIEDO

il servizio di entrata anticipata (8.00 – 8.30) a pagamento.

COMUNICO che mia/o figlia/o è allergico ai seguenti elementi (alimentari e non):

DELEGO le seguente persone a ritirare mia/o figlia/o (indicare cognome e nome, eventuale n. di telefono e grado di parentela) :

Ulteriori figli iscritti ai Centri estivi promossi dalle Scuole dell'infanzia e/o dalle Parrocchie del territorio:

COGNOME e NOME: _____

CENTRO ESTIVO PROMOSSO DA: _____

PERIODO: _____

COGNOME e NOME: _____

CENTRO ESTIVO PROMOSSO DA: _____

PERIODO: _____

COGNOME e NOME: _____

CENTRO ESTIVO PROMOSSO DA: _____

PERIODO: _____

SONO CONSAPEVOLE CHE LA QUOTA DA VERSARE È PARI A : _____

Data _____

Firma _____