



Modulo d'iscrizione Estate Ragazzi 2021



Nr Progressivo

Dati del Ragazzo

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

SCUOLA FREQUENTATA _____ CLASSE CONCLUSA _____

GRUPPO DI APPARTENENZA Savio Club Agesci Salesiana Vigor Catechismo

Dati del Genitore

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE A _____ INDIRIZZO _____

TEL ABITAZIONE _____ CELL. _____

@MAIL (scrivere in stampatello) _____

IN QUALITÀ DI (PADRE, MADRE, TUTORE, ...) _____

**Chiede e autorizza l'iscrizione del minore sopracitato alla partecipazione del progetto estivo
"Estate Ragazzi 2021" della Parrocchia San Marone di Civitanova Marche**

Settimane di partecipazione (almeno 2)

14.06/19.06

21.06/26.06

28.06/03.07

**Estate Bimbi
28.06/03.07**

Taglia maglietta

S

M

L

XL

Autorizziamo inoltre la Parrocchia:

- ad interrompere la partecipazione di nostro/a figlio/a alla suddetta proposta educativa qualora questo provvedimento sia ritenuto necessario per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili;
- in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario (contemporaneamente i responsabili e i loro collaboratori si attiveranno per avvisare almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità).

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

- SI, prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa
- NON prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa



**Salesiani
DON BOSCO**
CIVITANOVA MARCHE

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____



Modulo d'iscrizione Estate Ragazzi 2021



SCHEDA SANITARIA PER MINORI

COGNOME E NOME _____

MEDICO CURANTE _____ LIBRETTO SANITARIO N. _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	si	no	non so	vaccinato	si	no
Parotite	si	no	non so	vaccinato	si	no
Pertosse	si	no	non so	vaccinato	si	no
Rosolia	si	no	non so	vaccinato	si	no
Varicella	si	no	non so	vaccinato	si	no

ALLERGIE

	Specificare
farmaci	
pollini	
polveri	
muffe	
punture di insetti	

Altro: _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

Intolleranze alimentari: _____

Per il/la minore (barrare l'opzione esatta):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

È stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

_____, li _____

Firma di un genitore _____