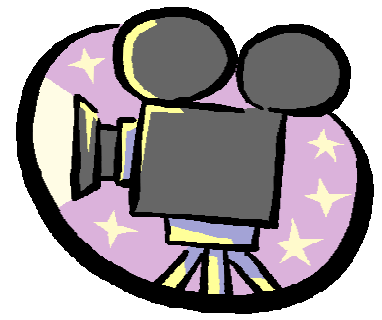




CIAK... SI GIRA!

A.S. 2014-2015



Il \la sottoscritto\ a		Nato a		( )
il	e residente a		( )	in via\piazza
	n.	Tel.		
In qualità di genitore esercente la potestà sul minore:				
(nome del minore)				

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL MEDESIMO ALLE ATTIVITA' INVERNALI a.s. 2014-2015

Situazioni psicofisiche del bambino rilevanti

(es. allergie, disturbi dell'apprendimento o comportamentali, intolleranze alimentari ecc...)

- SI
- NO

Se SI

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Autorizza il figlio a entrare ed uscire dal centro da solo - senza accompagnamento di adulti maggiorenni (SOLO PER MINORI FREQUENTANTI LA SCUOLA MEDIA)

- SI
- NO

Se NO sarà accompagnato da:

1	Nome e Cognome		Parentela	
2	Nome e Cognome		Parentela	
3	Nome e Cognome		Parentela	
4	Nome e Cognome		Parentela	

Autorizza gli educatori del Centro ad accompagnare il proprio il figlio nel tragitto dalla Scuola Elementare A. Curina alle ore 16,05 nei giorni di:

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì

E SI IMPEGNA A COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DI ORARIO E ASSENZE DA SCUOLA DEL FIGLIO

GIORNI ED ORARI DI FREQUENZA	
<input type="checkbox"/> Lunedì	Ore
<input type="checkbox"/> Martedì	Ore
<input type="checkbox"/> Mercoledì	Ore
<input type="checkbox"/> Giovedì	Ore
<input type="checkbox"/> Venerdì	Ore

DATI DEL BAMBINO			
Nome		Cognome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Residenza		Tel. abitazione	
Classe e scuola frequentate		<b>PEDIATRA</b>	

DATI DELLA FAMIGLIA			
padre		madre	
Nome		Nome	
Cognome		Cognome	
Professione		Professione	
Tel. casa		Tel. casa	
Tel. Cellulare		Tel. Cellulare	
Tel. Lavoro		Tel. Lavoro	

ALTRI NUMERI UTILI a cui rivolgersi in caso di necessità			
	NUMERO	NOME	PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			

Firmando il presente modulo di iscrizione autorizzo gli operatori del Ciak... Si gira! ad effettuare riprese video e fotografiche durante le attività.

*Il sottoscritto ..... autorizza ai sensi della legge 675/96, art.27 (tutela per la privacy) il trattamento dei dati personali oggetto del presente modulo ad uso dell'Associazione I Care onlus.*

Arezzo, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_