

# SCHEDA D'ISCRIZIONE SAFE SUMMER CAMP 2024



Compilare la scheda in stampatello leggibile.

I sottoscritti:

Cognome nome Mamma \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Cognome nome Papà \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitori di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Spazio riservato alla segreteria.

chiedono l'iscrizione allo SAFE SUMMER CAMP nel periodo:

Settimana	Spazio riservato alla segreteria.			SAFE	CONTRIBUTO	TOTALE	NOTE	PRANZI
	Mattino 09.00-13.00	Pranzo 13.00-14.00	Pomeriggio 14.00-18.00					
10-14 giugno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
17-21 giugno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>24-28 giugno</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
01-05 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
08-12 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
15-19 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
22-26 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
29-02 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
05-09 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
12-16 agosto*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
19-23 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
26-30 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
02-06 settembre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Richiesta variazioni orario ingresso/uscita \_\_\_\_\_

Autorizziamo nostro/a figlio/a ad uscire dal CSC, sotto la nostra responsabilità, non accompagnato SI NO

Altre persone autorizzate al ritiro (oltre ai genitori): \_\_\_\_\_

Allergie/intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Richiesta somministrazione farmaci SI NO

**Preso atto del programma, del regolamento e delle condizioni, chiedo di iscrivere mio/a figlio/a al Safe Summer Camp del CSC ROVETTA.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Spazio riservato alla segreteria.

ANAGRAFICA COMPLETA  
 LEGAME FAMILIARE  
 FOTO  
 GDPR  
 TESSERA SANITARIA  
 CM