

# SCHEDA D'ISCRIZIONE SAFE SUMMER CAMP 2025



Compilare la scheda in stampatello leggibile.

I sottoscritti:

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

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

genitori di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Recapito Telefonico per Emergenze \_\_\_\_\_ 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					
09-13 giugno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
16-20 giugno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
23-27 giugno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
30-04 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
07-11 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
14-18 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
21-25 luglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
28-01 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
04-08 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
11-15 agosto*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
18-22 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
25-29 agosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
01-05 settembre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

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

Il/La bambino/a presenta delle disabilità/fragilità  RICONOSCIUTE  NON RICONOSCIUTE

Se riconosciuta, specificare la disabilità/fragilità:  
 \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

Spazio riservato alla segreteria.

ANAGRAFICA COMPLETA  
 LEGAME FAMILIARE  
 FOTO  
 GDPR  
 TESSERA SANITARIA  
 CM