

**• DATI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici della madre \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici del padre \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**• GRADO D'ACQUATICITA'** (segnare con una crocetta)

- |                                                 |                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ha paura dell'acqua    | <input type="checkbox"/> Galleggia in Acqua Bassa |
| <input type="checkbox"/> Autonomo in Acqua Alta | <input type="checkbox"/> Ottimo nuotatore         |

**• AUTORIZZAZIONI** Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

fornisco a CooperSplash le seguenti autorizzazioni per mio figlio:

**► AUTORIZZAZIONE A RIPRENDERE IL BAMBINO**Cognomi e nomi delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

**► AUTORIZZAZIONE FOTO** - Do il consenso all'utilizzo delle foto o video ripresi dagli incaricati ai sensi del regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D. Lgs. n° 196/03  Sì  No

**❖ Progetto CONCILIAZIONE VITA – LAVORO / la famiglia dichiara:**

- di aderire al progetto richiedendo il contributo  Sì  No
- di aver aderito e/o aderirà presso altri Centri Estivi  Sì  No

Firma \_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**  
**SANITARY CARD FOR MINORS**

\_\_\_\_\_

**cognome = surname** \_\_\_\_\_ **nome = first name**

\_\_\_\_\_

**luogo e data di nascita = place and date of birth** \_\_\_\_\_ **nazionalità = nationality**

\_\_\_\_\_

**residenza-indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone** ☎

\_\_\_\_\_

**medico curante = doctor in charge** \_\_\_\_\_ **libretto sanitario n.** \_\_\_\_\_ **AUSL** \_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES**

<b>morbilli</b> measles	<b>si = yes</b>	<b>no</b>	<b>non so = unknown</b>	<b>vaccinato = vaccinated</b>	<b>si = yes</b>	<b>no</b>
<b>parotite</b> mumps	<b>si = yes</b>	<b>no</b>	<b>non so = unknown</b>	<b>vaccinato = vaccinated</b>	<b>si = yes</b>	<b>no</b>
<b>pertosse</b> whooping-cough	<b>si = yes</b>	<b>no</b>	<b>non so = unknown</b>	<b>vaccinato = vaccinated</b>	<b>si = yes</b>	<b>no</b>
<b>rosolia</b> rubella	<b>si = yes</b>	<b>no</b>	<b>non so = unknown</b>	<b>vaccinato = vaccinated</b>	<b>si = yes</b>	<b>no</b>
<b>varicella</b> varicella	<b>si = yes</b>	<b>no</b>	<b>non so = unknown</b>	<b>vaccinato = vaccinated</b>	<b>si = yes</b>	<b>no</b>

**ALLERGIE - ALLERGIES**

		<b>specificare = specify</b>
<b>farmaci</b> drugs		
<b>pollini</b> pollens		
<b>polveri</b> dusts		
<b>muffe</b> moulds		
<b>punture di insetti</b> insect stings		

**altro** other diseases: \_\_\_\_\_

**documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress:** \_\_\_\_\_

**intolleranze alimentari = food intolerances:** \_\_\_\_\_

**data = date**

**firma di chi esercita la potestà parentale \***  
signature of the person exercising parental authority

\* In qualità di esercente la responsabilità genitoriale, il genitore firmatario o chi per esso, sottoscrivendo il presente modulo di iscrizione, si assume la responsabilità di informare adeguatamente l'altro genitore relativamente all'avvenuta iscrizione, e dichiara di agire e sottoscrivere il presente modulo in accordo con il coniuge o altro esercente la responsabilità.