

**• 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       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| • di aver aderito e/o aderirà presso altri Centri Estivi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> 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**

morbillo measles	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
parotite mumps	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
pertosse whooping-cough	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
rosolia rubella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
varicella varicella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no

**ALLERGIE - ALLERGIES**

		specificare = specify
farmaci drugs		
pollini pollens		
polveri dusts		
muffe moulds		
punture di insetti 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.