

DOMANDA PER L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO 2016

Il/La Sig./Sig.ra _____

Genitore di (**compilare solo con i dati del minore**):

COGNOME E NOME _____

Luogo e Data di nascita _____

Domicilio/Residenza _____

Cognome e Nome padre _____

Cognome e nome madre _____

Recapiti telefonici: _____

Padre _____ Madre _____ Casa _____

CHIEDE

- di iscrivere il proprio figlio alla frequentazione del Centro Estivo nelle settimane di seguito indicate:

13-17 giugno

20-24 giugno

27giugno-1 luglio

4-8 luglio

Allega alla domanda la seguente documentazione:

1. Certificato medico attestante l'assenza di controindicazioni che impediscono la frequentazione del centro estivo.
2. Eventuale dichiarazione di assunzione di farmaci (vedi allegato)
3. Eventuale dichiarazione del medico curante attestante difficoltà medico sanitarie, le modalità di somministrazione alimentare, particolari esigenze alimentari, allergie o intolleranze.

- Infine delega il/La Sig./Sig.ra _____
a riprendere il/La minore in sua vece.

Lo scrivente autorizza il Centro Regionale al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di trattamento di dati personali". Titolare del trattamento è il "Centro Regionale S. Alessio Margherita di Savoia per i ciechi".

FIRMA DEL GENITORE
(o chi ne fa le veci

Roma lì _____