(da inviare alla mail: **camp@pallavolobacci.it**)

**MODULO DI ISCRIZIONE**

**CENTRO ESTIVO “LA GABBIA CAMP”**

    BAMBINO (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. Cap

Città Prov.

Luogo e Data di nascita il

TELEFONI Casa cell. Madre cell. Padre

MADRE (nome e cognome)

PADRE (nome e cognome)

                       DATA FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIVACY DEI MINORI DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E VIDEO**

***(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)***

**AUTORIZZIAMO**

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.**

**AUTORIZZIAMO**

**l'utilizzo di macchine fotografiche e/o telecamere nell'ambito dei progetti e delle attività svolte. Le fotografie/video potrebbero essere utilizzate, trattate ai sensi della legge oltre che per finalità di documentazione interna, anche per la diffusione esterna.**

DATA                                                         FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’**

Il/La sottoscritto/a nato/a a

in data residente a

in via

Dichiara che mio figlio/a

Risulta essere in stato di buona salute\* ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del centro estivo (attività ricreative e manuali, giochi all’aperto).

**SEGNALAZIONI**

Allergie

Intolleranze alimentari

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo "A.P.D. Santo Stefano”, “Pallovolo Bacci” e “Pubblica Assistenza” da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

\* Si richiede autocertificazione Covid-19

Il programma delle attività potrà subire delle variazioni in base ad eventuali esigenze organizzative e alle condizioni meteorologiche.

Il personale del centro estivo NON può somministrare medicinali di qualsiasi natura. Inoltre, declina ogni responsabilità per lo smarrimento di oggetti o indumenti (si consiglia pertanto di non portare oggetti di valore o di facile perdita e, ove possibile, di indicare il nome sopra di essi).

DATA FIRMA DEL GENITORE

**ATTO DI DELEGA PER IL RITIRO DEL/LA BAMBINO/A**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a \_

in data residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore del/la bambino/a

ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità dichiara di essere genitore del bambino/a su indicato/a e/o di convivere con lo/la stesso/a all’indirizzo su indicato.

**DELEGA**

le seguenti persone di fiducia a RITIRARE dal centro estivo il/la proprio/a figlio/a:

1. Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente il Centro Estivo

**E’ CONSAPEVOLE**

che la responsabilità del Centro Estivo termina dal momento in cui il bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

La presente delega vale fino al

N.B.: Si fa presente che, ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale, al ritiro non può essere delegata persona minore di 14 anni di età.

                    DATA           FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONEINFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS  - CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| COGNOME E NOME |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UNO DI QUESTI SINTOMI ?** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| FEBBRE > 37,5° | **SI** | **NO** |  | CONGESTIONE NASALE | **SI** | **NO** |  |
| TOSSE | **SI** | **NO** |  | NAUSEA | **SI** | **NO** |  |
| STANCHEZZA | **SI** | **NO** |  | VOMITO | **SI** | **NO** |  |
| MAL DI GOLA | **SI** | **NO** |  | PERDITA DI OLFATTO O GUSTO | **SI** | **NO** |  |
| MAL DI TESTA | **SI** | **NO** |  | CONGIUNTIVITE | **SI** | **NO** |  |
| DOLORI MUSCOLARI | **SI** | **NO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID 19 (tampone positivo) | **SI** | **NO** |  |
| CONTATTI CON CASI SOSPETTI |  |  |  |  | **SI** | **NO** |  |
| CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI (no tampone) | **SI** | **NO** |  |
| CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI (no tampone) | **SI** | **NO** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO? |  |  | **SI** | **NO** |  |
| FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI / SOSPETTI | **SI** | **NO** |  |
| Se SI dove (barrare)  - IN PROVINCIA -    IN REGIONE -    IN ITALIA -    ALL'ESTERO |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Io sottoscritto/a: |  |  |  |  |  |  |  |
| COGNOME E NOME:(del genitore) |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| come sopra identificato attesto sotto la mia piena responsabilità che quanto sopra dichiarato corrispondeal vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa  dichiarazione, anche in relazione al rischiodi contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche.Autorizzo la A.P.D. Santo Stefano al trattamento dei presenti dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla  sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **data** |  |  |  | **firma** |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PERIODO DI ISCRIZIONE** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

BAMBINO (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SETTIMANA** | **INIZIO** | **FINE** | **BARRAREPERIODO** |
| 1° | 14/06/21 | 18/06/21 |   |
| 2° | 21/06/21 | 25/06/21 |   |
| 3° | 28/06/21 | 02/07/21 |   |
| 4° | 05/07/21 | 09/07/21 |   |
| 5° | 12/07/21 | 16/07/21 |   |
| 6° | 19/07/21 | 23/07/21 |   |
| 7° | 26/07/21 | 30/07/21 |   |

**NOTE**

(indicare qualsiasi informazione utile o richieste particolari)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA                                                                                  FIRMA DEL GENITORE