

(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", "Pallovolò 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 VALUTAZIONE
 INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE 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 corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio

di 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

firm

a

PERIODO DI ISCRIZIONE

BAMBINO (nome e cognome) _____

SETTIMANA	INIZIO	FINE	BARRARE PERIODO
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