



DATA:

SCHEDA PERSONALE

SPORTESTATE @ AQUAPOLIS S.S.D. a R.L.

Ris. alla segreteria:

Cognome e nome			
Nato/a a		IL	
Indirizzo			
Città		C.A.P.	
Telefono			
e-mail			

SEGNALAZIONI PARTICOLARI (non indicare allergie o controindicazioni alimentari)

ISCRIZIONE ALLE SEGUENTI SETTIMANE

	Mod. Mattina	Mod. Mattina + Pranzo	Mod. Full Day	Anticipo 07.30	Posticipo 17.30
1° Settimana: 12/6 – 16/6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2° Settimana: 19/6 – 23/6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3° Settimana: 26/6 – 30/6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4° Settimana: 03/7 – 07/7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5° Settimana: 10/7 – 14/7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6° Settimana: 17/7 – 21/7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7° Settimana: 24/7 – 28/7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8° Settimana: 31/7 – 04/8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9° Settimana: 21/8 – 25/8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10° Settimana: 28/8 – 01/9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11° Settimana: 04/9 – 08/9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI AVERE EFFETTUATO NEGLI ULTIMI 90 GIORNI VISITA MEDICA ATTESTANTE LA SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA.



RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE.

Si richiede la somministrazione al\alla proprio\a figlio\a di (barrare la casella interessata).

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare

a tal fine si allega:

• certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta speciale per la celiachia

a tal fine si allega:

• certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti

a tal fine si allega:

• certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

ALLERGIE

INDICARE I NOMI DI CHI E' AUTORIZZATO AD ACCOMPAGNARE E/O RITIRARE IL BAMBINO/A

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Il/la sottoscritto/a (genitore) acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa in tema di Privacy ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati, disponibile presso la nostra segreteria o in formato digita su www.aquapolis.it, chiede di poter iscrivere il proprio figlio/a ai Centri Estivi SPORTESTATE @ AQUAPOLIS Ssd e presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, disponibile in segreteria.

Il sottoscrittore dichiara inoltre di aver preso visione del regolamento e di accettarlo integralmente, inoltre dichiara sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle stesse e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che relativamente in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", **di aver eseguito le vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami**, sollevando la società AQUAPOLIS S.S.D. a R.L. da ogni responsabilità.

FIRMA _____

Per presa visione e accettazione del Regolamento

La società per l'ulteriore finalità di comunicazione ad altri soggetti che offrono beni o servizi con i quali abbia stipulato accordi commerciali, per lo svolgimento di ricerche di mercato, per proposte commerciali sui propri prodotti e servizi e/o di terzi, per l'invio di materiale pubblicitario e per altre comunicazioni commerciali le chiede di prestare o meno il suo consenso. Il richiedente, preso atto dell'utilizzo dei dati da parte di AQUAPOLIS S.S.D. a R.L.

Presta il consenso

Non presta il consenso

Firma _____

(di uno dei genitori o di chi ne fa le veci)

Aquapolis SSD a r.l.

Via Ca' Dolfin 139 – 36061 Bassano del Grappa VI

C.F. e P.IVA 03636730248

Tel. 0424-790001 – Fax 0424-790002