

MODULO DI ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO "BOFFALORELLO 2025"

BAMBINO (nome e cognome) _____

INDIRIZZO

Via _____ n. _____ Cap _____

—

Città _____

Prov. _____

Data di nascita _____ a _____

TELEFONI Casa _____ cell. Madre _____ cell.

Padre _____

MADRE (nome e

cognome) _____

PADRE (nome e cognome)

CON CHI RISIEDE IL MINORE (madre, padre, entrambe i genitori)

PERIODO DAL 09/06 AL 01/08 E DAL 25/08 AL 05/09/2025

**ISCRIZIONE € 20 (Esclusi Tesserati Boffalorello) • COSTO A SETTIMANA € 130
SPECIFICARE IL PERIODO DI FREQUENZA**

1 SETTIMANA: 09/06 al 13/06

2 SETTIMANA: 16/06 al 20/06

3 SETTIMANA: 23/06 al 27/06

4 SETTIMANA: 30/06 al 04/07

5 SETTIMANA: 07/07 al 11/07

6 SETTIMANA: 14/07 al 18/07

7 SETTIMANA: 21/07 al 25/07

8 SETTIMANA: 28/07 al 01/08

9 SETTIMANA: 25/08 al 29/08

10 SETTIMANA: 01/09 al 05/09

PRANZO, MERENDA, ATTIVITA' SPORTIVE ASSICURAZIONE INCLUSI NEL COSTO SETTIMANALE

DATA

FIRMA DEL GENITORE

PAGAMENTO ALL'ISCRIZIONE: In contanti direttamente al centro Sportivo

OPPURE Tramite bonifico IBAN IT25R0503433324000000001938

Specificando Nome Cognome e "CAMPUS ESTIVO" Periodo di frequenza e inviando iscrizione e pagamento ad boffalorello@gmail.com

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 "Boffalorello S.S.D. ARL" da
responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente
modulo.

* Si richiede certificato medico di buona salute

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

Boffalorello S.S.D. ARL
Via Giulinisnc - 20010 Boffalora S/T (MI) -
P.Iva e C.f. 08718000964
R.E.A. MI-2044214 codice Fip:054215
boffalorello@pec.it

TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E VIDEO (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Io sottoscritto _____ nato a

_____ in data _____ residente a

_____ in via

_____ lo sottoscritta _____ nata a

_____ in data _____ residente a

_____ in via

_____ Genitori del/la bambino/a

_____ 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 DEI GENITORI

Boffalorello S.S.D. ARL
Via Giulinisnc - 20010 Boffalora S/T (MI) -
P.Iva e C.f. 08718000964
R.E.A. MI-2044214 codice Fip:054215
boffalorello@pec.it