



www.3effescs.it
3effescs@3effescs.it
allegrabrigata@3effescs.it
0717930815
Allegra Brigata di3effescs

Domanda di Iscrizione al camp "Sole Mare Sport", estate _____

Il sottoscritt _____ data e luogo di nascita _____
residenza: _____ cap _____ via _____ n° _____
padre madre tutore della/del bambin _____ (Cognome e nome del bimba/o)
nat_ a _____ il _____ : cf bimba/o _____
recapiti casa: _____ cellulare: _____ nonni: _____
email: _____ taglia _____

1 CHIEDE

L'ammissione del ___ figli___ al camp estivo "sole mare sport"

Inoltre, sulla base delle opportunità relazionali, sportive ed anche educative offerte dal camp estivo, consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste, avendo preso visione del regolamento al funzionamento, del prospetto rette, e degli allegati A e B, chiede che ___ propri_ figli_ possa usufruire del servizio attivo dal LUNEDI AL VENERDI con la seguente frequenza:

Tipologia Iscrizione

part time 7.30 – 13,30

full time 7.30-16.00

Mensile: Giugno Luglio Agosto Settembre

Quindicinale indicare il periodo _____

Frequenze parziali solo per iscrizioni mensili:

3 gg 4gg

indicare i giorni di frequenza:

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

L'ente si riserva di variare i giorni per eventuali problemi di organizzazione



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



www.3effescs.it
3effescs@3effescs.it
allegrabrigata@3effescs.it
0717930815
Allegra Brigata di3effescs

DICHIARA

- Di aver contattato il/la pediatra di riferimento (nome, cognome e numero di telefono)
_____ e aver ottenuto certificazione favorevole alla frequenza del minore al Servizio,

- che il minore

NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici, NON è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc.), NON è affetto da intolleranze e/o allergie

ha sofferto di patologie gravi in passato, o ha subito interventi chirurgici, o è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc., o è affetto da intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.

Allegati alla presente si trasmettono:

1. Eventuali certificazioni di allergie, intolleranze alimentari, di diagnosi di handicap della/del bimba/bimbo
2. Eventuali certificazioni di disabilità, di diagnosi di bisogni educativi speciali e/o di disturbi specifici dell'apprendimento
3. Pagamento della quota di iscrizione

3 AUTORIZZA

gli animatori del camp, durante l'orario di servizio con la/il sopraccitata/o _____ per uscite al parco, in palestra o in altri luoghi ritenuti idonei per la sua buona crescita psicofisica

- il camp "sole mare sport", presso il quale è iscritto il medesimo minore, ad utilizzare, **ma non fornire**, fotografie, video, manufatti, musiche realizzate dagli operatori insieme ai bambini durante le attività sia all'interno che all'esterno, ritraenti mio figlio/a _____,
- altresì il camp estivo ad esporre al pubblico e sul sito della cooperativa, video, fotografie, musiche e manufatti realizzati dal proprio figlio o di gruppo ove abbia preso parte il medesimo;

Lo stesso materiale e/o i files non potranno essere ceduti, neppure gratuitamente, a terzi senza il mio consenso; la revoca di questa autorizzazione sarà comunicata per iscritto.

Resta inteso che il camp estivo "sole mare sport" e la "3 Effe s.c.s.", in qualità di ente gestore del camp, non saranno responsabili per l'eventuale uso improprio non autorizzato di dette fotografie e manufatti posto in essere da soggetti terzi.



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



www.3effescs.it
3effescs@3effescs.it
allegrabrigata@3effescs.it
0717930815
f Allegra Brigata di3effescs

4 AUTORIZZA

Le seguenti persone oltre a me a prendere in consegna il suddetto
nell'orario di uscita stabilito:

Nome e Cognome _____
N° Documento _____

Nome e Cognome _____
N° Documento _____

5 PRENDE VISIONE E ACCETTA

Che in caso di rinuncia dell'iscrizione dopo il 1° giugno è previsto il pagamento di una penale pari alla frequenza scelta (allegato A). *gli allegati NON vanno stampati e/o consegnati*

6 DATI FATTURAZIONE

COGNOME: _____ NOME: _____ CF: _____
RESIDENZA: _____ CAP: _____ VIA: _____ N°: _____

In caso di utilizzo del welfare aziendale, indicare le modalità di fatturazione richieste dalla vostra
azienda _____

In caso di mancata compilazione la fattura verrà intestata alla figlia/o iscritta/o

DATI PER BONIFICO Iban: IT13S0306909606100000141374 – intestato a 3 EFFE SCS

7 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 D.lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR, apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto liberamente il mio consenso al trattamento dei dati personali, relativi al sottoscritto/a, al mio bambino/i alla mia famiglia e da parte della cooperativa sociale "Famm Fumm e Fastidi" nell'ambito della gestione del servizio richiestovi e nei limiti in cui il mio consenso sia richiesto ai fini di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso alla comunicazione, acquisizione e diffusione dei dati a terzi e a vostri dipendenti e collaboratori nell'ambito delle proprie funzioni.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



www.3effescs.it
3effescs@3effescs.it
allegrabrigata@3effescs.it
0717930815
f Allegra Brigata di3effescs

8. DICHIARANO

Di essere a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità. Inoltre di aver preso atto di tutte le clausole, vessatorie e non, presenti, degli allegati: progetto educativo, regolamento del servizio, prospetto rette. Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile le parti accettano e approvano esplicitamente le clausole di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Senigallia, li _____

Firma della Madre

Firma del Padre

N° documento in corso di validità

N° documento in corso di validità

Per accettazione del Servizio:

Data

firma



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI
AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA