

MODULO DA COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI

Numero Tessera _____ (per chi ha già inviato il modulo di tesseramento verrà fornita la tessera al momento dell'iscrizione)

in caso di nuova iscrizione:

MODULO ISCRIZIONE SOCI ANNO 2020 E ATTIVITÀ' ESTIVE

Tesseramento: Modulo d'iscrizione all'associazione, in qualità di socio, per l'anno 2020. Tale tesseramento ha validità per tutto l'anno solare, con scadenza il giorno 31 Dicembre 2020. Sottoscrivendo questo modulo si accettano tutte le condizioni relative alle attività estive scelte. Tutti i seguenti dati sono obbligatori e necessari al fine dell'iscrizione.

Il sottoscritto

Nome e Cognome di un Genitore

Data di Nascita di un Genitore

__/__/__

Numero/i di telefono di un Genitore

E-mail di un Genitore

Genitore di

Nome _____

Cognome _____ Sesso ____

Luogo di Nascita _____

Provincia ____ Nazione _____

Data di Nascita __/__/__

Indirizzo di residenza

Comune _____

Provincia __ Cap _____

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione Oratorio Orbassano il minore sopra indicato per l'anno 2020 in qualità di SOCIO.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto, di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione. Si impegna a versare la quota associativa annuale di € 10,00, alla consegna del presente modulo.

A tal fine dichiara: Di esonerare l'Associazione Oratorio Orbassano da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Consensi opzionali e liberatorie

- *Dichiara di aver ricevuto l'Informativa al trattamento di dati personali art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 del 27 aprile 2016 e successive modifiche ed integrazioni consultabile anche sul presente sul sito www.parrochiaorbassano.com.*
- *Autorizza l'Associazione Oratorio Orbassano a inviare comunicazioni sulle sue future iniziative attraverso uno o più mezzi ritenuti idonei fra i seguenti: (finalità C)*

e-mail SI NO *Telefono* SI NO *Posta* SI NO

I mezzi di comunicazione autorizzati potranno essere impiegati per segnalare comunicazioni sulla situazione dell'interessato minorenne quali, a titolo esemplificativo, sue indisposizioni, solo ed esclusivamente al soggetto esercente la responsabilità genitoriale sopra referenziato. Eventuali variazioni della persona responsabile del minore dovranno essere tempestivamente comunicate al personale del Titolare. Nessuna comunicazione potrà essere data a soggetti terzi non delegati formalmente.

Con la presente AUTORIZZA anche ai sensi della L. 633/1941 la pubblicazione delle immagini o di registrazioni sonore, effettuate dal Titolare, o da suoi Incaricati durante lo svolgimento delle attività svolte o di manifestazioni indette dalla stessa per uso di informazione sull'attività esercitata tramite: esposizione pubblica, pubblicazione di servizi su stampa internazionale, nazionale, locale e siti internet. Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro dell'interessato. In particolare ai sensi dell'articolo 98 legge 633/1941, e in conformità alla sentenza della Corte di Cassazione n.4094 del 28/06/1980 i negativi e/o gli originali positivi e/o i file per immagini digitali e o riprese si intendono di proprietà del Titolare. La presente liberatoria per l'uso delle immagini ha validità illimitata.

SI NO

Nota: l'assenza di uno dei consensi nel presente documento verrà considerato quale implicito rifiuto del trattamento proposto.

Firma del genitore/tutore _____

li ____/____/____

Scheda sanitaria per minori per iscrizione/Sanitary card for registration of the minors

Cognome/family name	Nome/first name

Luogo e data di nascita/place and date of birth	Nazionalità/nationality

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)
 Complete address and telephone number (to be used in emergency case (it is possible to indicate more than one number, specifying the referent))

Medico curante/ doctor	libretto sanitario numero health card number	ASL Health Service

MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES

Morbillo/measles	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
parotite/mumps	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
pertosse/ whooping cough	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
rosolia/rubella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
varicella/varicella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no

ALLERGIE/ALLERGIES

	specificare/specify
Farmaci/drugs	
Pollini/pollens	
Polveri/dust	
Muffe/moulds	
Punture d'insetti/insect picks	
Altro/other allergies (specify)	

Altro/other diseases _____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso/included papers about diseases and therapies in progress

Intolleranze alimentari/food intolerances _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date

Firma di chi esercita la potestà parentale
 Signature of the person exercising parental authority

SCELTA DELLE ATTIVITÀ ESTIVE
(è necessario indicare già al momento dell'iscrizione tutte le settimane desiderate)

DATE	GRUPPO
22-26/06 <input type="checkbox"/>	1^ MEDIA <input type="checkbox"/> (Lun, Mer, Ven - 30€) 2^ MEDIA <input type="checkbox"/> (Mar, Gio - 20€) 3^ MEDIA <input type="checkbox"/> (Da Lun a Ven - 40€) SUPERIORI <input type="checkbox"/>
29/06-03/07 <input type="checkbox"/>	
06-10/07 <input type="checkbox"/>	
13-17/07 <input type="checkbox"/>	
20-24/07 <input type="checkbox"/>	
Autorizzo mio/a figlio/a a entrare e/o uscire dal centro estivo senza accompagnatore al termine delle attività. <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </div>	

parte riservata ai responsabili delle iscrizioni

TIPOLOGIA	QUANTITÀ'	TOTALE
<i>Quota associativa</i>		£
<i>Gruppo oratoriano estivo (settimane)</i>		£
TOTALE		£

Firma del genitore/tutore _____

li ___ / ___ / _____

- Consegnare il prima possibile il certificato di buona salute del pediatra o medico curante
- Allegare eventuali certificati di allergie, intolleranze o trattamenti medici (nel caso sia necessario la somministrazione durante gli orari degli incontri)