

SCHEDA PERSONALE CENTRI ESTIVI PADOVANUOTO S.R.L.S.D.

COGNOME E NOME

NATO/A A.....

IL \ \

INDIRIZZO.....

CITTA'.....

CAP

TELEFONI.....

(INDICARE TUTTI I NUMERI POSSIBILI PER RINTRACCIARE IN CASO DI EMERGENZA)

EMAIL.....

SEGNALAZIONI PARTICOLARI

ALLERGIE

CONTROINDICAZIONI ALIMENTARI

ALTRE

LEGGE SULLA PRIVACY: Ai sensi e per effetti dell' art. 7 del Decreto Legislativo n° 196\03, si informa che i dati forniti saranno oggetto del seguente trattamento: raccolta, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, al fine di costruire un archivio per l'adempimento delle registrazioni fiscali, degli obblighi contrattuali nonché per lo svolgimento delle proprie attività. CONSENTO, inoltre, la riproduzione fotografica dell'iscritto, il trattamento e l'esposizione dell'immagine stessa all'interno e all'esterno del centro natatorio e tramite strumenti accessori a fini pubblicitari delle attività svolte all'interno dello stesso.

DELEGA :

Con la presente io sottoscritto

genitore di **delego il**

signore/a **a ritirare o accompagnare** mio

figlio ai centri estivi presso lo stabilimento ' PADOVANUOTO ' .

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

.....
Per presa visione e accettazione del regolamento

**** Parte da consegnare allo Staff ****

ISCRIZIONE ALLE SEGUENTI SETTIMANE

COGNOME E NOME

NATO/A IL \ \

TELEFONO.....

		SOLO MATTINO	MATTINO + PRANZO	GIORNATA INTERA
1^ SETT	14/06-17/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2^ SETT	20/06-24/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3^ SETT	27/06-01/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4^ SETT	04/07-08/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5^ SETT	11/07-15/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6^ SETT	18/07-22/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7^ SETT	25/07-29/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8^ SETT	01/08-05/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9^ SETT	08/08-12/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10^ SETT	16/08-19/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11^ SETT	22/08-26/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12^ SETT	29/08-02/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13^ SETT	05/09-09/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI AVER EFFETTUATO NEGLI ULTIMI 90 GIORNI LA VISITA MEDICA ATTESTANTE LA SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA DELLA QUALE PRODURRA' LA CERTIFICAZIONE ENTRO SETTE (7) GIORNI.

CONSEGNA CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA

FIRMA di uno dei genitori o di chi ne fa le veci

.....