



“Attività finanziata dal Fondo per le attività socioeducative a favore dei minori della Presidenza del Consiglio dei ministri”

CENTRO ESTIVO 2026 – modello d’iscrizione per “ MUSICA PER CRESCERE ”

GENITORE (o chi ne fa le veci)

COGNOME.....NOME.....

RESIDENTE IN.....VIA.....

TELEFONO.....E-MAIL.....

CHIEDE

L’ iscrizione ai Centri Estivi 2026 rivolto per il/la proprio/a figlio/a

COGNOME.....NOME.....ANNI.....

RESIDENTE IN.....VIA.....

NATO/A A.....IL.....

CODICE FISCALE.....

PER IL SEGUENTE PERIODO

Periodo	Sede del centro estivo	Pacchetto orario	Adesione familiare
Dal 06 al 10 luglio	Chiusi della Verna	8:00-13:00	
Dal 13 al 17 luglio	Chiusi della Verna	8:00-13:00	
Dal 06 al 10 luglio	Corsalone	8:00-13:00	
Dal 13 al 17 luglio	Corsalone	8:00-13:00	
Dal 06 al 10 luglio	Corezzo	8:00-13:00	
Dal 13 al 17 luglio	Corezzo	8:00-13:00	

*N.B. Il centro estivo sarà attivato con un numero minimo di 7 bambini iscritti

SI IMPEGNA

Personalmente o tramite altra persona segnalata nella presente domanda d' iscrizione a riprendere il/la figlio/a al punto di raccolta all' orario stabilito

➤ Delega i seguenti nominativi

Sig.....

Cellulare.....

Grado di parentela.....

Sig.....

Cellulare.....

Grado di parentela.....

Allegare la fotocopia del documento dei delegati all' iscrizione

Autorizzo riprese video e foto per scopi didattici: SI NO

Firma.....

MODALITA' DI PAGAMENTO

Intestatario fattura genitore (o chi ne fa le veci) :

COGNOME.....NOME.....

RESIDENTE IN.....VIA.....
TELEFONO.....E-MAILCODICE
FISCALE.....

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Genitore (o chi ne fa le veci)

COGNOME.....

NOME.....

RESIDENTE IN.....

VIA/PIAZZA.....

TELEFONO.....

DICHIARO CHE MIO FIGLIO/A

E' in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte

Allergie e/o intolleranti (alimentari, cutanee, ecc) e segnalazioni varie

.....

.....

.....

- Autorizzo ad attivare il Servizio di Emergenza sanitaria per soccorrere mio figlio/a qualora se ne ravvisi la necessità.
- Autorizzo fin d' ora la somministrazione di farmaci salvavita anche da parte di personale non sanitario.
- Autorizzo mio/a figlio/a all' auto-somministrazione.
- Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Li..... Firma.....

