



## MODULO D' ISCRIZIONE

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A: \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA DEL BAMBINO/A: \_\_\_\_\_

RESIDENTE: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DEL BAMBINO: \_\_\_\_\_

NUMERO DI CELLULARE DELLA MAMMA: \_\_\_\_\_

NUMERO DI CELLULARE DEL PAPÀ: \_\_\_\_\_

MAIL RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

INDICARE CON UNA X LE SETTIMANE SCELTE

SETTIMANA DAL 20/07 AL 24/07

SETTIMANA DAL 27/07 AL 31/07

SETTIMANA DAL 03/08 AL 07/08

SETTIMANA DAL 10/08 AL 14/08

90,00€ + IVA 1 SETTIMANA

340,00€ + IVA 4 SETTIMANE

SCONTO FRATELLO 3%

10,00€ ISCRIZIONE

PER INFO CONTATTARE:

MAIL: CSCCONSULTINGSRLS@GMAIL.COM

CELL: 3927704674 / 3245476626

# ATTO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA CONSEGNATA DAL CENTRO ESTIVO  
CONSENTE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE SENSIBILI,  
COMPRESI QUELLI DEI FAMILIARI, NEI LIMITI DELL'INFORMATIVA  
SCRITTA E RICEVUTA.

FIRMA \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE ALLE RIPRESE FOTOGRAFICHE E AUDIO-VIDEO  
IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE INOLTRE CHE IL BAMBINO/A POSSA  
ESSERE FOTOGRAFATO/A E/O RIPRESO/A CON MEZZI AUDIOVISIVI  
DURANTE LE ATTIVITÀ DAL PERSONALE DEL CENTRO ESTIVO E DA ALTRE  
PERSONE

AUTORIZZATE DALLA STRUTTURA STESSA. L'UTILIZZO DEL MATERIALE  
SARÀ STRETTAMENTE LIMITATO ALL'INTERNO DEL CENTRO ESTIVO PER  
SCOPI EDUCATIVI, DIDATTICI E DI DOCUMENTAZIONE.

FIRMA \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI UTILI

ALLERGIE: \_\_\_\_\_

INTOLLERANZE ALIMENTARI: \_\_\_\_\_

VARIE ED EVENTUALI: \_\_\_\_\_

SI PREGA DI ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE MEDICA COMPROVANTE  
ALLERGIE O INTOLLERANZE.

DELEGA PER IL RITIRO DEL BAMBINO/A

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

SI PREGA DI ALLEGARE I DOCUMENTI IN CORSO DI VALIDITA' DEI  
DELEGATI AL RITIRO DEL BAMBINO/A.