



# COMUNE DI ROCCASECCA DEI VOLSCI

Provincia di Latina

C.A.P. 04010

Piazza Umberto I°, n. 9 tel. 0773/920326 fax 0773/920325

## SCHEMA DI ISCRIZIONE AI CENTRI ESTIVI 2020

IO SOTTOSCRITTO/A (genitore)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono genitore 1 \_\_\_\_\_ telefono genitore 2 \_\_\_\_\_

e-mail (stampatello) \_\_\_\_\_

**CHIEDO DI POTER ISCRIVERE MIO FIGLIO/A AL SEGUENTE CENTRO:**

- CENTRO ESTIVO FASCIA ETA' 6-11 ANNI
- CENTRO ESTIVO FASCIA ETA' FASCIA 12-15 ANNI

**E RILASCIO LE SEGUENTI INFORMAZIONI/AUTORIZZAZIONI (figlio/a)**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  C.F.: \_\_\_\_\_ nato/a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente(via/p.za): \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Presenza di handicap, patologie Si  (\*) specificare:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le condizioni di salute di mio/a figlio/a sono state valutate positivamente, a seguito di consultazione del pediatra di libera scelta, e quindi nulla osta all'accessibilità degli spazi;

Presenza di problemi alimentari, allergie: (descrivere accuratamente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizzazione alle gite (se realizzate):  SI  NO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ROCCASECCA DEI VOLSCI

Firma del Genitore

(allegare copia di valido documento di riconoscimento)