



# CENTRO ESTIVO MULTIDISCIPLINARE

*osserva, sento... faccio!!*

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita.....Indirizzo.....

Nome e n. di telefono genitori.....

E-mail.....

Scuola frequentata  Mazzini  Soprani  S.Anna

## SCHEDA SANITARIA

Medico curante.....n°telefono.....

Vaccinazioni di leggi eseguite.....  si  no.....

Presenza di patologie  si  no.....

Intolleranze alimentari.....

Intolleranze ambientali.....

Intolleranze farmacologiche.....

Eventuali farmaci da somministrare prescritti dal medico.....

Portatore di app.ortodontico, acustico, occhiali, lenti, altro.....

Note.....

Periodo  17-21/ 06  24-28/06  1-5/ 07  8-12/ 07  15-19/ 07

22 -26 /07  29 / 07 -02 / 08  19 - 23 / 08  26-30 / 08

Informativa trattamento dati personali: ai sensi del D.L.30/06/2003 n° 196 si comunica che i dati personali raccolti sono utilizzati unicamente per la gestione delle attività dei campi scuola.

Data.....Firma del genitore.....

## AUTORIZZAZIONE FOTO E RIPRESE VIDEO E DATI PERSONALI

L'atletica Castelfidardo 1990 "Roberto Criminesi", nel contesto delle attività del centro estivo, ed in particolare per il periodo dal 09/06/2014 al 04/07/2014, intende effettuare fotografie e/o riprese video che non avranno alcun fine lucrativo ma scopi puramente educativo-didattici (cartelloni, schede, presentazioni, powerpoint, sito, web della società sportiva) o promozionali. A tal fine, ai sensi della Legge sulla privacy n. 196 del 2003, si richiede l'autorizzazione dei partecipanti (dei genitori, in caso di minori) ad effettuare foto e/o video (compilare il modulo sottostante).

Il/la sottoscritto/a .....

genitore di.....  AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

• Hai mai partecipato al nostro centro estivo?  Si Periodo.....  No

• Ci sono delle attività che desidereresti fare e vorresti proporci?.....