

MODULO ISCRIZIONE
“SUMMER cre.ABA 2023”

BAMBINO (nome e cognome)_____

INDIRIZZO Via_____n._____Cap_____

Città_____Prov._____e-mail_____

Data di nascita_____il_____

TELEFONI Casa_____cell. Madre_____cell. Padre_____

MADRE (nome e cognome)_____

PADRE (nome e cognome)_____

DATA

FIRMA DEL GENITORE

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE
E LIBERATORIA GENITORI**

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

In data _____ residente a _____

In via _____

AUTORIZZO mio figlio/a _____ a prendere parte alla SUMMER ABA presso **SCUOLA PRIMARIA – VIA SABINO COCCHIA, CESINALI (AV)** previsto per le settimane dal **3/7/2023 al 7/7/2023** e dal **10/7/2023 al 14/7/2023** dalle **9.30 alle 14.30/45** (con pranzo) – e a partecipare alle uscite organizzate durante la Summer (**verranno comunicate successivamente**) **I bambini, in quella occasione, dovranno essere accompagnati e ripresi direttamente nel luogo dove si svolgerà l'attività giornaliera.**

Con la sottoscrizione della presente **RILASCIO IL RELATIVO CONSENSO** in nome e per conto del minore medesimo. **DICHIARO** in qualità di esercente la potestà genitoriale, di aver preso conoscenza (essendo stato sufficientemente informati dalla società medesima) ed accettato integralmente le regole interne della attività svolte dalla società, nonché le regole di sicurezza dell'attività medesima e di aver ritenuta l'attività svolta dalla società, idonea e formativa per nostro figlio.

Inoltre dichiaro di aver preso conoscenza delle aree di attività, con la consapevolezza che il medesimo potrà svolgersi su terreno con una superficie accidentata, che possono comportare la possibilità di urtare, inciampare, scivolare e di essere conscio che tutto possa avvenire in maniera imprevedibile (ad integrazione verrà stipulata polizza infortuni).

Dichiaro che mio figlio/a _____ risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte.

SEGNALAZIONI

ACCONSENTO al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, consapevoli che il trattamento stesso potrà riguardare anche dati “sensibili, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute. Siamo consapevoli che la società richiederà e conserverà solo i minimi dati necessari ai fini dello svolgimento dell'attività senza fornirli a terzi.

Autorizzo / Non Autorizzo la società a riprendere e/o a far riprendere in video e/o fotografare il/la propri_figli, in occasione del progetto “SUMMER ABA 2023”, ai fini di:

formazione, ricerca e documentazione dell'attività;

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la società da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

cre.ABA servizi

Con la presente dichiarazione il sottoscritto genitore esercente la patria potestà _____ intende esonerare la società di cui sopra ed i suoi rappresentanti istruttori da ogni e qualsivoglia responsabilità civile e penale per sinistri in cui potrà incorrere nostro figlio/a, sia come responsabile, sia come danneggiato.

DATA

FIRMA DEL GENITORE

COSTI E MODALITA' DI PAGAMENTO:

COSTO
400€

IL COSTO È RIFERITO A BAMBINO PER LE 2 SETTIMANE E COMPRENSIVO DI QUANTO SOPRA DESCRITTO.

IL PAGAMENTO DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO A MEZZO BONIFICO A:

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA
IBAN: IT57Q0103075650000000273962

Beneficiario:
cre.ABA servizi s.r.l.s.
Via D. Russo, 1 - 83031 Ariano Irpino (AV)
Causale: Summer ABA + nome e cognome

Indicare i dati relativi alla fatturazione: dati intestatario (nome – cognome – codice fiscale – via – città e cap) e indicare, se diverso dall'intestatario, anche il codice fiscale del bambino.

Nome _____

Cognome _____

Via _____

Città _____

Cap _____

Codice fiscale intestatario _____

Codice fiscale bambino _____

***OGNI BAMBINO DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO E SUPPORTATO DURANTE LE ATTIVITA' DELLA SUMMER SCHOOL DAL PROPRIO TUTOR DI RIFERIMENTO.**