

Al Comune di Gargallo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via / Piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

genitore dell'**alunno/a** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via / Piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

scuola e relativa classe frequentata \_\_\_\_\_

➤ **ACCETTA:**  
LE MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL CENTRO ESTIVO come riportate nell'apposito volantino

➤ **AUTORIZZA** l'alunno a:  
FARE FOTO di gruppo e delle attività che verranno rese pubbliche solo sui social istituzionali

➤ in caso di non adesione alle gite frequenterà il centro estivo

- SI
- NO

➤ **DICHIARA** che le persone autorizzate a prendere il proprio figlio al centro estivo e a ricevere le relative informazioni sono:

(indicare: cognome - nome - parentela - recapito telefonico) **§ riportare anche i dati dei genitori §**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

NON E' affetto da allergie \ intolleranze alimentari

E' affetto dalla seguente

allergia alimentare \_\_\_\_\_

intolleranza alimentare \_\_\_\_\_

(compilare apposita sezione per la variazione di menu' e allegare menu' Asl dell'anno scolastico)

NON ha patologie da segnalare

Ha la seguente patologia da segnalare (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)

\_\_\_\_\_

NON deve assumere farmaci durante la presenza al centro estivo

Deve assumere i seguenti farmaci (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)

\_\_\_\_\_

➤ In caso di patologie e\o assunzione farmaci durante la presenza al centro estivo

**ALLEGA** certificazione medica riportante patologia, eventuali farmaci assunti o da somministrare in caso di presentazione sintomi e modalità di gestione dei sintomi stessi

➤ **LIBERA** il personale addetto da eventuali responsabilità

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e/o "sensibili", presta il proprio consenso, autorizzando il Comune di Gargallo e le ditte **affidatarie dei servizi di assistenza e/o refezione scolastica** a gestire tale finalità.

#### Note ulteriori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_