

**COOPERSPLASH RAVENNA**

**Dati del Minore**

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

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

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL/CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**Dati del Tutore**

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

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

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL/CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**- Dal 8 Giugno al 12 Giugno**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 15 Giugno al 19 Giugno**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 22 Giugno al 26 Giugno**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 29 Giugno al 3 Luglio**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 6 Luglio al 10 Luglio**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 13 Luglio al 17 Luglio**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 20 Luglio al 24 Luglio**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 27 Luglio al 31 Luglio**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 3 Agosto al 7 Agosto**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 10 Agosto al 14 Agosto**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 17 Agosto al 21 Agosto**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 24 Agosto al 28 Agosto**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 31 Agosto al 4 Settembre**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**- Dal 7 Settembre al 11 Settembre**

- ½ Gior. Matt. (7.30-13.00)
- ½ Gior. Pom. (13.30-18.00)
- Mattina (7.30-14.30)
- Giornata Intera (7.30-18.00)

**Segnalazioni particolari riguardanti allergie di qualsiasi tipo e/o altro (BES: disabilità, DSA, fragilità familiari):**

---

**Autorizzazione ad uscite ludico-didattiche (facoltative e non comprese nel costo settimanale)**

Il sottoscritto acconsente all'uscita del minore, durante gli orari di attività del centro, in gruppo e con trasferimento pedonale, ciclabile e/o mezzi pubblici o privati (autonoleggio) insieme al personale del centro verso destinazioni ludico-didattiche della città o del forese, quali strutture ludiche, parchi, giardini e oasi naturali, musei, impianti sportivi e di gioco, ecc. previa comunicazione.

**Firma del genitore o di chi ne fa le veci** \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO**

Le iscrizioni avvengono per moduli **settimanali** di 5 giorni feriali effettivi dal lunedì al venerdì e con almeno 15 iscritti;

Nel caso in cui la settimana scelta cada una giornata festiva, se il centro resterà chiuso, verrà detratta al momento dell'iscrizione

**Le giornate di assenza non sono recuperabili, ne rimborsabili.** Solo dopo 4 giornate consecutive o più di assenza per malattia, si potrà recuperare consegnando il certificato medico che attesti i giorni di malattia e previo disponibilità posti, entro e non oltre il 11/09/2026. La settimana scelta al momento dell'iscrizione non potrà essere cambiata se non almeno 3 settimane prima, previo disponibilità posti e in accordo con la segreteria.

Coopernuoto S.c.s.d. **non è responsabile** di danni o furti agli oggetti o cose di valore e non, portati dai bambini frequentanti la settimana.

*In assenza di tutta la documentazione richiesta non sarà possibile accogliere il minore.*

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del regolamento di iscrizione del centro denominato **Coopersplash Ravenna** e si impegna a rispettarne i termini.

**Firma del genitore o di chi ne fa le veci** \_\_\_\_\_

**PERSONE AUTORIZZATE A RITIRARE IL MINORE**

COGNOME	NOME	NUMERO TEL. 1	NUMERO TEL. 2	GRADO PARENTELA

Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Firma di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

*(Allegare copia documento d'identità dei delegati, genitori compresi)*

### SCHEDA SANITARIA PER MINORI / SANITARY CARD FOR MINORS

Cognome / Surname \_\_\_\_\_ Nome / First Name \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita / Place & date of birth \_\_\_\_\_ Nazionalità / Nationality \_\_\_\_\_

Residenza completa / Complete address \_\_\_\_\_ Telefono / Phone \_\_\_\_\_

Medico curante / Doctor in care \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

#### VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE / VACCINATIONS - PREVIOUS DISEASES

Difterite Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Poliomielite Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease	Sì - Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**ALLERGIE – ALLERGIES**

	dettaglio - detail
Farmaci / Drugs	
Pollini / Pollens	
Polveri / Dusts	
Muffe / Moulds	
Punture di insetti / Insect stings	
Altro / Other	

Intolleranze alimentari / Food intolerances:

---

Altro / Other diseases:

---

Allegare documentazione inerente patologie e terapie in atto / Attach documentation relating to pathologies and ongoing therapies:

Data / Date \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la patria potestà  
Signature of the person exercising parental authority

---