



## Domanda di iscrizione

Io sottoscritto/a ..... nata/o a .....  
il ..... residente a ..... in via .....  
n° ..... CAP ..... Comune ..... provincia .....  
e-mail .....

### Chiedo

che mia/o figlia/o ..... nata/o a .....  
il ..... residente a ..... in via .....  
n° ..... CAP ..... Comune ..... provincia .....  
codice fiscale .....

sia iscritta/o al Creative Camp 2024 per il/i turno/i:

- 1° settimana 17-21 giugno 8.00-18.30
- 2° settimana 24-28 giugno 8.00-18.30
- 3° settimana 01-05 luglio 8.00-18.30
- 4° settimana 08-12 luglio 8.00-18.30
- 5° settimana 15-17 luglio 8.00-18.30
- 6° settimana 22-26 luglio 8.00-18.30

# CREATIVE CAMP 2024

## Il centro estivo a Madregolo

### Liberatoria per l'utilizzo delle immagini

AUTORIZZO INOLTRE

la pubblicazione delle immagini o filmati del/della proprio/a figlio/figlia, su qualsiasi "media" (giornali, riviste, filmati, TV, ecc.), e in modo particolare sul sito internet o sui profili dei social network di "Tuttimondi asd-aps". La presente autorizzazione non consente l'uso delle immagini o filmati in contesti che pregiudichino la dignità personale del/della minore ed il decoro e comunque per usi e/o fini diversi da quelli sopra indicati. Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Firma

\_\_\_\_\_  
(L'esercente la potestà)

### INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (di seguito GDPR), "Tuttimondi asd-aps" La informa che il trattamento dei dati è operato esclusivamente per il perseguimento delle finalità associative, così come previsto dallo Statuto ed in particolare per la tenuta del libro soci, per la stipula di polizza assicurativa e per l'invio di convocazioni e comunicazioni. Per esercitare i diritti previsti dal GDPR è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento: "Tuttimondi asd-aps" ai recapiti a piè pagina.

Firma

\_\_\_\_\_  
(L'esercente la potestà)

Data \_\_\_\_\_

### ***Circolo Tuttimondi di Madregolo***

Via Chiesa, 10 - 43044 Madregolo di Collecchio, Parma (PR)

Cell.: 353/4226207 - email: info@tuttimondi.it

Cod. Fisc.: 92180650340 - iscriz. RUNTS n. 42687 - Cod. Univ. 0000000

# CREATIVE CAMP 2024

## Il centro estivo a Madregolo

### Domanda di ammissione a socia/o di Tuttimondi ASD-APS

*(qui sotto vanno inseriti i dati della bambina/del bambino che parteciperà al centro estivo)*

Il/la Sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....,  
domiciliato/a a ..... in via ..... n° ....., C.A.P. ....,  
Comune ..... Prov. .... C.F. ....

### Chiedo

di essere ammesso/a quale socio/a di Tuttimondi ASD-APS per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari della stessa, attenendosi allo statuto ed al regolamento sociali ed alle decisioni degli organi sociali, impegnandosi a corrispondere la quota sociale fissata annualmente dal Consiglio. Dichiaro, altresì, di aver preso visione dello statuto e del regolamento e di accettarli integralmente.

*Firma*

*Firma*

\_\_\_\_\_  
*(Il/la Aspirante Socio/a)*

\_\_\_\_\_  
*(L'esercente la potestà genitoriale)*

*(qui sotto vanno inseriti i dati dei genitori)*

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

Cellulare..... e-mail .....

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

Cellulare..... e-mail .....

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS**

Nome e Cognome del/-la bambino/a e sua data di nascita: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome di un genitore e suoi recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE  
V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S**

<b>Morbillo Measles</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Parotite Mumps</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Rosolia Rubella</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Pertosse Whooping-cough</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Varicella Varicella</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Tetano Tetanus</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Epatite B Hepatitis B</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malattia progressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Meningococco C Meningococcal C</b>	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**ALLERGIE – ALLERGIES**

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	
Allergie alimentari	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: \_\_\_\_\_

Altro - Other diseases: \_\_\_\_\_

Data - date

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

# CREATIVE CAMP 2024

## Il centro estivo a Madregolo

### **Autorizzazione genitori/rappresentante legale in caso di trattamento sanitario urgente**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Padre/madre/rappresentante legale del ragazzo/a \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita del ragazzo/a \_\_\_\_\_

Padre e/o Madre - Contatti telefonici:

Cellulare 1		Cellulare 2	
Casa		Ufficio	

Autorizza gli accompagnatori a permettere che il proprio figlio/a rappresentato sia sottoposto a un eventuale trattamento sanitario di urgenza, senza peraltro che porti pregiudizio al proprio diritto parentale di essere immediatamente prevenuto e/o informato dell'accaduto.

In Fede

Firma del padre/madre/rappresentante

Data: \_\_\_\_\_

### ***Circolo Tuttimondi di Madregolo***

Via Chiesa, 10 - 43044 Madregolo di Collecchio, Parma (PR)

Cell.: 353/4226207 - email: info@tuttimondi.it

Cod. Fisc.: 92180650340 - iscriz. RUNTS n. 42687 - Cod. Univ. 0000000

# CREATIVE CAMP 2024

## Il centro estivo a Madregolo

### DELEGA PER IL RITIRO DELLA/DEL RAGAZZA/O

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
documento d'identità tipo \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_,  
genitore della/del ragazza/o \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

Impossibilitata/o a farlo personalmente

### DELEGO

PER IL RITIRO DAL CAMP LE SEGUENTI PERSONE :

1. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
documento d'identità tipo \_\_\_\_\_,  
numero \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
documento d'identità tipo \_\_\_\_\_,  
numero \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
documento d'identità tipo \_\_\_\_\_,  
numero \_\_\_\_\_

- Dichiaro di sollevare Tuttimondi da qualsiasi responsabilità conseguente
- Prendo atto che la responsabilità di Tuttimondi cessa dal momento in cui il/la proprio/a figlio/a viene affidato alla persona delegata.

LA PRESENTE DELEGA HA VALIDITA' PER L'INTERA DURATA DEL CENTRO ESTIVO

N.B. Si fa presente che, ai sensi dell'art. 591 del Codice Penale, al ritiro non può essere delegata persona minore di 18 anni.

Si allega copia dei documenti di identità delle persone delegata e delegante.

Firma dei genitori

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

Firma della/e persona/e delegata/e

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

\_\_\_\_\_

### *Circolo Tuttimondi di Madregolo*

Via Chiesa, 10 - 43044 Madregolo di Collecchio, Parma (PR)

Cell.: 353/4226207 - email: info@tuttimondi.it

Cod. Fisc.: 92180650340 - iscriz. RUNTS n. 42687 - Cod. Univ. 0000000