TRE GIORNI GIOVANI

6-8 marzo 2026 (San Vivaldo - FI)

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da consegnare entro l'8 febbraio 2026

(scrivere **tutti** i dati leggibili e in stampatello)

I sottoscritti genitori

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Cell. _____ e-mail _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Cell. _____ e-mail _____

CHIEDIAMO

che nostro/a figlio/a venga iscritto all'uscita che si svolgerà presso il convento di san Vivaldo a Montaione (FI)
da venerdì 6 marzo 2026 a Domenica 8 marzo 2026.

A tal fine, valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 5, 46 e 47 (ed all'art. 3 qualora il cittadino sia straniero UE o extra UE) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e/o integrazioni, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto al mia personale responsabilità

DICHIARIAMO

1. **Dati del/della figlio/a:**

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Residente a (città) _____ prov. _____ Via/Piazza _____ num. _____

tel. casa _____ cell. _____ e-mail _____

2. **Informazioni sanitarie**

Medico curante _____ N. Tessera Sanitaria _____ ASL n _____

Allergie _____

Intolleranze_____

Patologie e terapie in atto _____

Malattie e vaccinazioni

Morbillo	☐Avuto ☐No ☐Non so	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No
Parotite	☐Avuta ☐No ☐Non so	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No
Pertosse	☐Avuta ☐No ☐Non so	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No
Rosolia	☐Avuta ☐No ☐Non so	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No
Varicella	☐Avuta ☐No ☐Non so	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No
Tetano	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No	
Difterite	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No	
Poliomielite	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No	
Epatite B	Copertura vaccinale ☐Sì ☐No	

Altre informazioni utili _____

_____

3. Dichiariamo inoltre

- di essere a conoscenza delle modalità di svolgimento della suddetta proposta educativa e di tutte le attività che potranno avere luogo durante la stessa;
- di accettare il costo complessivo calcolato in **60,00** euro, che comprende vitto, alloggio e materiali necessari per le attività svolte durante il periodo. Il viaggio è a carico delle famiglie.
- di accettare la possibilità di un incremento del 10% per spese impreviste da corrispondere eventualmente alla fine della suddetta proposta educativa.
- di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

AUTORIZZIAMO

- il/la nostro/a figlio/a a prendere parte a tutte le attività previste durante tutto lo svolgimento della suddetta proposta educativa.
- in caso di necessità o di urgenza a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario e/o ad accompagnare il/la figlio/a al Pronto Soccorso, permettendo al personale medico di effettuare eventuali visite ed esami diagnostici (esami, rx, tac, ecografie….) nonché alla somministrazione dei necessari farmaci (in ogni caso il genitore verrà sempre avvertito nella misura in cui sarà reperibile) e al successivo riaffidamento del ragazzo/ragazza ai responsabili dell'Associazione.
- ad interrompere la partecipazione di nostro/a figlio/a alla suddetta proposta educativa qualora questo provvedimento sia ritenuto necessario per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili o pericolosi per sé e per gli altri, provvedendo noi stessi al rientro a casa concordandone le modalità.

CI RENDIAMO DISPONIBILI

- a partecipare ad eventuali incontri per spiegare in maniera più accurata alcuni dettagli della suddetta proposta educativa.
- alla comunicazione e collaborazione durante tutta la durata della suddetta proposta educativa.
- a comunicare eventuali necessità di particolari attenzioni e/o di problemi (fisici, comportamentali, o situazioni particolari (ansie, ecc.) relative a nostro/a figlio/a.

VERSIAMO

- una caparra di €20,00 che verrà detratta dal costo complessivo della suddetta proposta educativa (ricevendo la relativa ricevuta).

ALLEGHIAMO

- Fotocopia fronte/retro della Carta d'Identità del/della figlio/a (obbligatoria)
- Fotocopia fronte/retro della Tessera Sanitaria del/della figlio/a (obbligatoria)
- Piano terapeutico del medico (se necessario)
- Lista disturbi alimentari, intolleranze e/o allergie con le indicazioni da seguire (se necessaria)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

I sottoscritti dichiarano di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 sul trattamento dei suoi dati, ivi compreso il trattamento di "categorie particolari di dati" ed Acconsente, inoltre,

1) all'utilizzo ed alla pubblicazione di video e fotografie, realizzati allo scopo di documentare e rappresentare le attività dell'Associazione

☐ Sì ☐ No

2) al trattamento dei dati personali per finalità commerciali e di marketing, attraverso l'iscrizione al servizio di newsletter ed il conseguente invio di mail promozionali, materiale pubblicitario o esplicativo, il tutto limitato alle attività dell'oratorio.

☐ Sì ☐ No

Luogo e data: _____

Firme dei richiedenti

_____

_____

Firma del responsabile segreteria

_____