

ISCRIZIONE GREY SETTEMBRE 2024

Noi

Cognome padre

Nome padre

Cognome madre

Nome madre

genitori di:

Cognome figlio/a

Nome figlio/a

Nato a

Il

Residente a

In via

Cellulare di un genitore

Telefono di reperibilità (per urgenze)

E-Mail

Tessera Sanitaria (facoltativo)

CLASSE DA FREQUENTARE A SETTEMBRE: _____

avendo preso visione del relativo programma e aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa

**chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a all'Oratorio Estivo 2024
della Parrocchia Santo Stefano di Vimercate nelle settimane:**

	Mattina	Pomeriggio	Pranzo	Gita
Settimana Dal 2 al 6 Settembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considerate le tipologie di attività indicate nel programma, autorizziamo inoltre la partecipazione di nostro/a figlio/a anche alle attività che si svolgeranno al di fuori degli ambienti parrocchiali. Ci impegniamo a comunicare alla parrocchia la modalità di ingresso e uscita dagli ambienti parrocchiali (oratorio) di nostro figlio/a in riferimento alle attività in oggetto. Autorizziamo inoltre la Parrocchia:

- 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;
- in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario e/o accompagnare il/la ragazzo/a presso il Pronto Soccorso (contemporaneamente i responsabili e i loro collaboratori si attiveranno per avvisare almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità) e al successivo riaffidamento del ragazzo/ragazza alla Parrocchia, nella persona del Responsabile dell'Oratorio e dei suoi collaboratori.

Dichiariamo di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati

Inoltre, segnaliamo al Responsabile dell'Oratorio le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a: (ad esempio, patologie ed eventuali terapie, allergie e intolleranze - anche agli alimenti)

Infine:

- Sì, prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa.
- No, NON prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa.

Luogo e data,

Firma del padre

Firma della madre

DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data ,

Firma di un genitore