



FOTOGRAFIA

Noi

\_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME DEL PADRE)

e

\_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME DELLA MADRE)

Genitori (ed esercenti la responsabilità genitoriale) di:

\_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME FIGLIO/A)

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

in via: \_\_\_\_\_ tel. 035/\_\_\_\_\_

famiglia cell \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) | \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

mail \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  elem  medie

**PERIODO ISCRIZIONE:**

1a sett 3-7/7  2a sett 10-14/7  3a sett 17-21/7  4a sett 24-28/7

**MAGLIETTA** (INDICARE LA QUANTITÀ PER TAGLIA | 1 GIÀ INCLUSA NELL'ISCRIZIONE)

\_\_\_ 5-6 a. \_\_\_ 7-8 a. \_\_\_ 9-11 a. \_\_\_ 12-14 a. \_\_\_ S \_\_\_ M \_\_\_ L \_\_\_ XL

NOTE :

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

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

**chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a al Cre-Grest 2023  
"TuXTutti" della Parrocchia san Pietro apostolo in Parre (BG)**

Considerate la tipologia 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/a figlio/a in riferimento alle attività in oggetto.

MODULO D'ISCRIZIONE

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.

**IMPORTANTE:** Prendiamo atto che, al termine dell'attività, solo i genitori sono responsabili del proprio figlio/a, anche per quanto riguarda modalità e tempi di uscita del minore dalle strutture parrocchiali.

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

- 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 E' 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 \_\_\_\_\_

#### SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Quota + figli	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Settimane	_____ x _____	€ = _____ €
Magliette in +	_____ x _____	€ = _____ €
QUOTA TOTALE _____ €		
Quota versata	_____ € data _____	€ <input type="checkbox"/> cont <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> ass
	_____ € data _____	€ <input type="checkbox"/> cont <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> ass

Note \_\_\_\_\_

Parrocchia san Pietro ap. Parre - Diocesi di Bergamo

## NOTIZIE particolari relative a

\_\_\_\_\_  
[cognome, nome]

(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa)

Segnaliamo al Responsabile dell'Oratorio le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie da segnalare

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

Allergie e intolleranze (anche alimentari)

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

Altro

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

#### INFORMATIVA RELATIVA ALLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA, IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI RACCOLTI PER LE ATTIVITÀ EDUCATIVE DELLA PARROCCHIA.

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo, 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, data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma di un genitore \_\_\_\_\_