



CENTRI ESTIVI MOTORI 2026

IL / LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____

EMAIL _____ (DEL GENITORE PER RICEVUTA FISCALE)

GENITORE DI :

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

VIA /PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO _____

- RICHIESTA ANTICIPO ENTRATA ORE 8.00 ----€ 6,00 _____
- RICHIESTA POSTICIPO USCITA ORE 17,00 ----€ 6,00 _____
- RICHIESTA ANTICIPO E POSTICIPO -----€ 10,00 _____

SA NUOTARE : CON BRACCIOLI SENZA BRACCIOLI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A :

- | | | |
|--|----|----|
| • NECESSITA DI EDUCATORE DI SOSTEGNO /ALLEGARE CERTIFICAZIONE MEDICA | SI | NO |
| • NECESSITA DI DIETA ALIMENTARE /ALLEGARE CERTIFICAZIONE MEDICA | SI | NO |
| • E' PORTATORE DI UNA PATOLOGIA /ALLEGARE CERTIFICAZIONE | SI | NO |

FIRMA GENITORE _____

*** CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto pertanto il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi della legge sulla privacy.

***AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE**

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono/che ritraggono il minore che rappresento nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

***Dichiara di conoscere e accettare il regolamento dell'impianto e dei corsi.**

*Data _____ Firma _____

Si ricorda a tutti gli utenti, che il saldo di ogni turno scelto dovrà essere pagato almeno 11 giorni prima del giorno di inizio del turno ,altrimenti il posto verrà reso libero con la perdita dell' acconto versato.

Data _____ Firma per presa visione _____

Ufficio Regist **IRIDE S.S.D. a R.L. Unipersonale**

Via dello Stadio c/o Palazzetto dello Sport – 50055 Lastra a Signa (Fi) tel. 055/8725882 fax 055/8723005 P. I. 02302740481
ro Imprese di Firenze n. 02302740481 – Capitale Sociale Euro 15.493,70 i.v.

AUTORIZZAZIONE PER LA VERIFICA DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DA PARTE
DEGLI OPERATORI VERSO GLI UTENTI IN AMBITO DEL **CENTRO ESTIVO MULTISPORT IRIDE**
2026

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

ResidenteTelefono

Necessita della seguente terapia

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia

Modalità di
conservazione.....

Evento per il quale somministrare il
Farmaco

Eventuali note di primo soccorso

Ufficio Regist **IRIDE S.S.D. a R.L. Unipersonale**

Via dello Stadio c/o Palazzetto dello Sport – 50055 Lastra a Signa (Fi) tel. 055/8725882 fax 055/8723005 P. I. 02302740481
ro Imprese di Firenze n. 02302740481 – Capitale Sociale Euro 15.493,70 i.v.

CHIEDO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica come da prescrizione medica allegata,
le medicine saranno consegnate integre con scatola chiusa e non sfuse.

AUTORIZZO

contestualmente, **gli operatori e la dirigenza sono esonerati da responsabilità penale e civile derivante dalla assistenza della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica in quanto noi genitori siamo messi a conoscenza che nessun operatore è abilitato alla somministrazione dei farmaci**

madre

firma

padre

firma

Luogo.....

Data.....

Ufficio Regist **IRIDE S.S.D. a R.L. Unipersonale**

Via dello Stadio c/o Palazzetto dello Sport – 50055 Lastra a Signa (Fi) tel. 055/8725882 fax 055/8723005 P. I. 02302740481
ro Imprese di Firenze n. 02302740481 – Capitale Sociale Euro 15.493,70 i.v.