



Comune di Bore



Provincia di Parma

Via Roma, 19 – 43030 Bore (PR) - Tel 0525-79137 – Fax 0525/79207 - P. IVA 00479670341

DOMANDA D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO EDUCATIVO "BABY BORE"

Il sottoscritto (capofamiglia) _____

Nato/a il _____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ cittadinanza _____

telefono madre _____ telefono padre _____

Genitore/tutore legale di _____

nato/a il _____ a _____

c.f. _____

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni ai sensi della legge,

CHIEDE

L'iscrizione al servizio "Baby Bore" per l'a.s. 2021/2022 e s'impegna altresì a versare la tassa d'iscrizione annuale relativa all'acquisto dei materiali, entro le tempistiche stabilite nel regolamento comunale.

Informazioni utili riguardo il/la bambino/a:

MODALITA' ORARIA (indicare eventuali preferenze o necessità):

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Bore, li _____

FIRMA _____



Comune di Bore



Provincia di Parma

Via Roma, 19 – 43030 Bore (PR) - Tel 0525-79137 – Fax 0525/79207 - P. IVA 00479670341

DELEGA AL RITIRO

Il sottoscritto (capofamiglia) _____

Genitore/tutore legale di _____

DELEGA

(Cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ tel. _____

in qualità di (indicare la natura della relazione) _____

A prelevare mio/a figlio/a al termine delle attività, sollevando l'ente organizzatore da qualsiasi responsabilità conseguente.

FIRMA DEL GENITORE _____

FIRMA DEL DELEGATO* _____

*Allegare documento in corso di validità del delegato



Comune di Bore



Provincia di Parma

Via Roma, 19 – 43030 Bore (PR) - Tel 0525-79137 – Fax 0525/79207 - P. IVA 00479670341

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE E VIDEO (D.lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

Il sottoscritto (capofamiglia) _____

Genitore/tutore legale di _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il personale del servizio del Baby Bore a realizzare fotografie e riprese video durante le attività, dando inoltre il pieno consenso alla divulgazione degli stessi su social network o quotidiani.

Il genitore solleva altresì l'ente organizzatore da ogni responsabilità inerente un uso scorretto della loro diffusione da parte di terzi.

Bore, lì _____

FIRMA _____



Comune di Bore



Provincia di Parma

Via Roma, 19 – 43030 Bore (PR) - Tel 0525-79137 – Fax 0525/79207 - P. IVA 00479670341

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE SUL TERRITORIO COMUNALE

Il sottoscritto (capofamiglia) _____

Genitore/tutore legale di _____

AUTORIZZA

la responsabile del servizio “BabyBore” ad effettuare uscite sul territorio del Comune di Bore, a piedi o con mezzi di trasporto. L’autorizzazione sarà valida per l’intero anno scolastico 2021/2022.

Bore, li _____

FIRMA _____

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità – nationality
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	libretto sanitario n. AUSL

MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES

Morbillo measles	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Parotite mumps	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Pertosse whooping-cough	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Rosolia rubella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Varicella varicella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci drugs	
Pollini pollens	
Polveri dusts	
Muffe moulds	
Punture di insetti insect stings	

Altro-other diseases: _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and therapies in progress: _____

intolleranze alimentari – food intolerances: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minors (bar the right choice):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

no medical help was requested in the last 5 days

è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di

malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

Data - date

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

VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - if not, please record the date of the last dose:

Antitetanica tetanus	Si-yes	No	
Antidifterica diphteria	Si-yes	No	
Antipoliomielitica poliomyelitis	Si-yes	No	
Antiepatite B viral haepatitis B	Si-yes	No	
Antimorbillosa measles	Si-yes	No	
Antitifica orale* oral antityphoid*	Si-yes	No	

*Quando richiesta *when requested

Data-date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.