

Comunità Pastorale Madonna delle Lacrime Treviglio-C.Rozzone

FIACCOLATA 2024 BOLOGNA-TREVIGLIO

Modulo Iscrizione Ragazzi Minorenni

Il/La Sottoscritto/a (cogn. e nome)

in qualità di Genitore/Tutore/Affidatario , iscrivo alla FIACCOLATA 2024 il minore di seguito indicato:

DATI ANAGRAFICI-RAGAZZO/A

Compilazione **OBBLIGATORIA**

COGNOME

Nome

Sesso

Data di Nascita

Classe Frequentata

Indirizzo

Città

E-mail di un Genitore

N.B.: LE QUOTE VERSATE NON SONO RIMBORSABILI

aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa, **chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a alla Fiaccolata 2024 della Comunità Pastorale Madonna delle Lacrime dal 5 all'8 settembre 2024**

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 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

Comunità Pastorale Madonna delle Lacrime Treviglio-C.Rozzone
ORATORIO ESTIVO 2024 - Modulo Iscrizione Ragazzi Minorenni

Segnalo al Responsabile dell'Oratorio, le seguenti notizie particolari riservate che riguardano ns. figlio/a:	
INTOLLERANZE O ALLERGIE ALIMENTARI	<i>Da compilare SOLO in caso di necessità</i>
DICHIARO che è AFFETTO DA INTOLLERANZA o ALLERGIA ALIMENTARE (All. Certif.Medico) --- (SI) --> <input type="checkbox"/>	
(INDICARE LE SOSTANZE ---->>	<input type="text"/> DIETA MUSULMANA -(X)->
ALLERGIE non ALIMENTARI	<i>Da compilare SOLO in caso di necessità</i>
DICHIARO che è AFFETTO da ALLERGIA e necessita di FARMACO SPECIFICO (Certif.Medica) - (indicare SI) --> <input type="checkbox"/>	
(INDICARE LE SOSTANZE ----->>	<input type="text"/>

**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 e data,

Firma Padre

Firma 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