

MODULISTICA DA RICONSEGNARE

GIORNI DI ASSISTENZA MENSA NECESSARI (BARRARE IN CASO DI SCELTA):

- LUNEDI'
- MARTEDI'
- MERCOLEDI'
- GIOVEDI'
- VENERDI'

ANAGRAFICA:				
COGNOME E NOME DEL BAMBINO*				
LUOGO E DATA DI NASCITA				
CODICE FISCALE*				
SCUOLA FREQUENTATA (barrare)*	CARDUCCI	GIANSAANTI	VIA FERMI	COLLODI
CLASSE E SEZIONE				
COGNOME E NOME DEI GENITORI*				
INDIRIZZO (VIA, CIVICO E CAP)*				
RECAPITO TELEFONICO*				
INDIRIZZO MAIL (in maiuscolo)*				

***campi obbligatori e leggibili**

EVENTUALI INTOLLERANZE ALIMENTARI, FARMACOLOGICHE, ALLERGIE:

EVENTUALI COMUNICAZIONI E/O SUGGERIMENTI:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto genitore dell'alunno soprascritto, dichiaro, assumendomene la responsabilità, che il soprascritto minore non è affetto da patologie, allergie, che gode di ottima salute e non presenta alcuna controindicazione alla partecipazione all'attività da voi svolta e da me condivisa. Non è quindi affetto né ha mai presentato sintomi di patologie, allergie o intolleranza a farmaci e/o cibi (in caso il genitore è tenuto a presentare documentazione medica a tal riguardo).

Firma leggibile del genitore _____

ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO

Il soprascritto genitore quale tutore e a nome del proprio figlio accetta, condivide e sottoscrive quanto letto a corredo di questa comunicazione e quindi il Regolamento de **La Villa** per l'attività denominata **Stiamo bene a tavola** . Se ne assume consapevolmente gli oneri dichiarando con la firma, la propria disponibilità.

Firma leggibile del genitore _____

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA PRIVACY

Il soprascritto genitore ha letto l'informativa sulla privacy contenuta nel presente documento e autorizza **La Villa** e i suoi soci a trattare i dati personali comunicati secondo le finalità indicate.

Firma leggibile del genitore _____

DATA _____