



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CUSB

CAMPI ESTIVI MULTISPORT CUSB

Scheda iscrizione Centro Estivo 2021

Inserire i dati del bambino/a:

COGNOME _____ **NOME** _____

Nato/a _____ **II** _____

Residente a _____ **Prov.** _____ **CAP** _____

In Via _____

Tel. Abitazione _____ **Cellulare** _____

e-mail _____

(Scrivere in stampatello)

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 26 legge 15/68 e art. 489 c.p.)

TURNI SCELTI: (**Attenzione:** le settimane saranno attivate con un numero minimo di 7 iscritti)

1° turno	dal 07 giugno al 11 giugno	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	8° turno	dal 26 luglio al 30 luglio	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
2° turno	dal 14 giugno al 18 giugno	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	9° turno	dal 02 agosto al 06 agosto	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
3° turno	dal 21 giugno al 25 giugno	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	10° turno	dal 09 agosto al 13 agosto	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
4° turno	dal 28 giugno al 02 luglio	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	11° turno	dal 16 agosto al 20 agosto	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
5° turno	dal 05 luglio al 09 luglio	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	12° turno	dal 23 agosto al 27 agosto	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
6° turno	dal 12 luglio al 16 luglio	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	13° turno	dal 30 agosto al 03 settembre	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale
7° turno	dal 19 luglio al 23 luglio	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale	14° turno	dal 06 settembre al 10 settembre	<input type="checkbox"/> Pieno <input type="checkbox"/> Parziale

- Il/La bambino/a ha una certificazione di disabilità in ambito scolastico: SI NO
- Assume farmaci quotidianamente? SI NO
- Ha mai manifestato sintomi dell'epilessia? SI NO

Intolleranze alimentari _____

(in caso di dieta, per la somministrazione dei pasti occorre allegare la copia del certificato medico per la richiesta del pasto "speciale")

Allergie _____

Dichiaro di aver ricevuto copia del Regolamento Camps Estivo e di accettarlo in ogni sua parte.

Per frequentare le settimane di Centro estivo è necessario portare il Libretto dello Sportivo o idoneità alla pratica sportiva NON agonistica, in corso di validità per il periodo scelto.

Firma del Genitore _____