



P.G.S. FOGLIZZESE

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

P.G.S. FOGLIZZESE

C.F. 91012980016 - P.I. 10752930015

Via S.G. Bosco – 10090 – Foglizzo (TO)

web: www.pgsfoglizzese.it

e-mail: info@pgsfoglizzese.it

MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO FOGLIZZO 2025

IO SOTTOSCRITTO/A (*Cognome e Nome*) _____

IN QUALITA' DI (*genitore/tutore legale*) _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE DI

COGNOME E NOME _____

CONTATTI

Cell. Madre/tutore legale _____

Cell. Padre _____

E-Mail _____

PERIODO (*crocettare le settimane di frequentazione*)

- ☐ SETTIMANA 1: dal 16 giugno al 20 giugno
- ☐ SETTIMANA 2: dal 23 giugno al 27 giugno
- ☐ SETTIMANA 3: dal 30 giugno al 04 luglio
- ☐ SETTIMANA 4: dal 7 luglio al 11 luglio
- ☐ SETTIMANA 5: dal 14 luglio al 18 luglio
- ☐ SETTIMANA 6: dal 21 luglio al 25 luglio

FORMULA PER PRANZO (*crocettare il servizio scelto*)

- ☐ FORMULA LIGHT: pranzo a casa e rientro
- ☐ FORMULA FULL: pranzo al sacco al C.E. (sovrapprezzo settimanale € 10)

PRE/POST C.E. (*crocettare SOLO in caso di necessità*)

- ☐ PRE C.E. 7.30/8.00 (sovrapprezzo settimanale € 5)
- ☐ POST C.E. 17.30/18.00 (sovrapprezzo settimanale € 5)

AUTORIZZAZIONI E SEGNALAZIONI

1. AUTORIZZAZIONE RITIRO MINORE DA ALTRI SOGGETTI DIVERSI DAI GENITORI

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____
del/della minore _____ autorizzo al ritiro del/della minore le seguenti persone:

1) Cognome e Nome _____ grado di parentela _____
_____ telefono _____

2) Cognome e Nome _____ grado di parentela _____
_____ telefono _____

3) Cognome e Nome _____ grado di parentela _____
_____ telefono _____

2. AUTORIZZAZIONE FOTOGRAFIE/VIDEO

Io sottoscritto/a _____ genitore del/della minore _____
_____ autorizzo gli animatori presenti al Centro Estivo a fare fotografie e/o video a mio/a figlio/a durante le attività per nessun altro utilizzo se non quello che l'associazione sportiva dilettantistica "ASD PGS FOGLIZZESE" deciderà di farne per pubblicazioni o diffusione delle attività del servizio, dichiarando inoltre di non aver nulla a pretendere dalla stessa.

3. SEGNALAZIONI

Disabilità certificate: _____

Allergie: _____

Intolleranze alimentari: _____

Medicinali/cure: _____

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'Associazione "ASD PGS FOGLIZZESE" da responsabilità derivanti da problematiche di salute o disabilità conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo

LUOGO E DATA

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORE LEGALE)
