

ESTATE RAGAZZI 2024

Io sottoscritto/a _____

madre / padre / tutore legale di

[dati del minore] _____

nato il _____ a _____ (____)

residente in _____ via _____

recapito telefonico _____

AUTORIZZO il/la bambino/a a partecipare al progetto ESTATE RAGAZZI 2024

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dal 10/06 al 14/06 | <input type="checkbox"/> giornata intera | <input type="checkbox"/> mattino | <input type="checkbox"/> pomeriggio |
| <input type="checkbox"/> dal 17/06 al 21/06 | <input type="checkbox"/> giornata intera | <input type="checkbox"/> mattino | <input type="checkbox"/> pomeriggio |
| <input type="checkbox"/> dal 24/06 al 28/06 | <input type="checkbox"/> giornata intera | <input type="checkbox"/> mattino | <input type="checkbox"/> pomeriggio |
| <input type="checkbox"/> dal 01/07 al 05/07 | <input type="checkbox"/> giornata intera | <input type="checkbox"/> mattino | <input type="checkbox"/> pomeriggio |

FIRMA DEL GENITORE

AUTORIZZO al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto disposto dal D. lgs. 196/2003 in materia di tutela dei dati personali.

FIRMA DEL GENITORE

AUTORIZZO l'associazione Al Centro Della Comunità Oratorio Don Bosco APS ASD, ai sensi del Decreto Legislativo n. 101/2018 per la tutela della privacy, **ad effettuare ed utilizzare foto, riprese video e audio** nelle quali compaia mio/a figlio/a per documentare i vari progetti promossi all'interno della stessa.

FIRMA DEL GENITORE

Scelta del servizio pranzo

	lunedì	martedì	giovedì	venerdì
dal 10/06 al 14/06				
dal 17/06 al 21/06				
dal 24/06 al 28/06				
dal 01/07 al 05/07				

* Il mercoledì di ogni settimana, considerata la trasferta, non sarà possibile usufruire del servizio.
Verrà indicata la modalità del pasto in seguito.

Allergie alimentari:

Altre indicazioni:

Autorizzo il/la bambino/a a lasciare l'Oratorio all'ora di uscita in autonomia.

FIRMA DEL GENITORE

DATA