

PARROCCHIA SS. PIETRO E PAOLO AP. – Bergamo (Boccaleone)

ISCRIZIONE di MINORENNI al CRE 2024

Noi:

Cognome padre

Nome padre

Cognome madre

Nome madre

Genitori ed esercenti la responsabilità genitoriale di:

Cognome figlio/a

Nome figlio/a

Nato/a a

il

Residente a

In Via

Cellulare di un genitore

Telefono di reperibilità (per urgenze)

mail di un genitore

Tessera Sanitaria

Istituto scolastico frequentato

Classe frequentata nell'anno 2023/2024

Avendo preso visione del relativo programma; aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa;

chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a al Cre-Grest 2024 della Parrocchia SS. Pietro e Paolo ap:

(indicare con una croce le settimane di iscrizione e per ciascuna la partecipazione al CRE: mattina / mensa / pomeriggio)

<input type="checkbox"/>	prima settimana CRE - dal 17/06 al 21/06/2024	<input type="checkbox"/>	mattina	<input type="checkbox"/>	mensa	<input type="checkbox"/>	pomeriggio
<input type="checkbox"/>	seconda settimana CRE - dal 24/06 al 28/06/2024	<input type="checkbox"/>	mattina	<input type="checkbox"/>	mensa	<input type="checkbox"/>	pomeriggio
<input type="checkbox"/>	terza settimana CRE - dal 01/07 al 05/07/2024	<input type="checkbox"/>	mattina	<input type="checkbox"/>	mensa	<input type="checkbox"/>	pomeriggio
<input type="checkbox"/>	quarta settimana CRE - dal 08/07 al 12/07/2024	<input type="checkbox"/>	mattina	<input type="checkbox"/>	mensa	<input type="checkbox"/>	pomeriggio

Nome di fratelli/sorelle che frequentano il CRE nelle stesse settimane

IMPORTANTE! indicare se ☐ Il/la ragazzo/a si avvale di assistenti educatori durante il periodo scolastico

Considerate le tipologia di attività indicate nel programma, autorizziamo inoltre la partecipazione di nostro/a figlio/a anche alle attività che si svolgeranno al di fuori degli ambienti parrocchiali. Ci impegniamo a comunicare alla Parrocchia la modalità di ingresso e uscita dagli ambienti parrocchiali (oratorio) di nostro figlio/a in riferimento alle attività in oggetto. 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.

IMPORTANTE: Prendiamo atto che, al termine dell'attività, solo i genitori sono responsabili del proprio figlio/a, anche per quanto riguarda modalità e tempi di uscita del minore dalle strutture parrocchiali.

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

- ☐ Sì, prestiamo il consenso al trattamento di dati personali, 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 Papà

Firma Mamma

DA COMPILARE SE IL MODULO È 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 accettato 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

NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A

.....
(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa)

Segnaliamo al Responsabile dell'Oratorio le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:
 ad es. patologie ed eventuali terapie, allergie e intolleranze (anche agli alimenti):

Disabilità psichica/fisica/sensoriale:

Presenza di disabilità fisica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Presenza di disabilità sensoriale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Presenza di disabilità psichica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Presenza di disabilità mista	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Breve descrizione della disabilità

Vostro/a figlio/a ha usufruito del servizio comunale di assistenza educativa scolastica per l'anno scolastico appena concluso?

☐ Sì ☐ No

**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 Papà

Firma Mamma

DA COMPILARE SE IL MODULO È 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 accettato 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