



**CENTRO INVERNALE
2 - 5 GENNAIO 2017**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

La/lo sottoscritta/o _____, nata/o a _____, il _____,
n. tel _____, ufficio _____, casa _____,
mail _____

CHIEDE che la/il propria/o figlia/o _____ nata/o a _____
il _____ sia iscritto al *Centro invernale* organizzato dal Museo Paleontologico e
dall'Accademia Valdarnese del Poggio, previsto per i giorni 2 – 5 gennaio 2017.

CHIEDE di poter usufruire del SERVIZIO MENSA: SI NO

A tal fine **DICHIARA** che:

È in regola con le vaccinazioni obbligatorie: SI NO

Soffre di allergie particolari: SI NO

Se sì, a cosa: _____

Segue una dieta speciale: SI NO

Se sì, quali cibi deve evitare: _____

Segnalazioni particolari (anche fisiche e comportamentali):

DICHIARA inoltre che sono delegati al ritiro della/del propria/o figlia/o i sig.ri:

Nome e cognome _____ tel _____

Nome e cognome _____ tel _____

Nome e cognome _____ tel _____

Nome e cognome _____ tel _____

Firma _____

La/Il sottoscritta/o **ACCONSENTE** alla realizzazione di foto e filmati che documentino l'attività svolta durante la 'Settimana estiva sperimentale' e **AUTORIZZANO** il Museo Paleontologico all'utilizzo ai fini promozionali e comunicativi all'esterno di quanto organizzato.

Firma _____

La/Il sottoscritta/o **ACCONSENTE**, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) e s.m.i., che i dati indicati nella presente domanda vengano usati in conformità a quanto previsto dalla legge.

Montevarchi, _____

Firma _____