



in collaborazione con l'associazione "GP2 & FRIENDS ETS"

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Noi sottoscritti genitori:

(nome e cognome)	(nome e cognome)
nat_ a _____ il ____/____/____	nat_ a _____ il ____/____/____
(Recapiti telefonici)	(Recapiti telefonici)

Inserire indirizzo e-mail per ricevere nostre comunicazioni circa il GREST: _____

iscriviamo nostra/o figlia/o, di cui riportiamo i dati nella tabella seguente:

COGNOME E NOME						
Data di nascita	(giorno)	(mese)	(anno)			
Luogo di nascita						
Indirizzo di residenza						
Città di residenza						
Parrocchia di riferimento						
Scuola frequentata	Nome					
	Classe					
Taglia maglia (compresa nella quota per tutti) *	7-8 anni	9-10 anni	11-12 anni	S	M	L

*) Taglia orientativa. Il fornitore potrebbe non garantirci le quantità necessarie. In questo caso noi sceglieremo taglie superiori.

al Grest/campo, organizzati dalle parrocchie di Prepo, Ponte della Pietra e San Faustino mediante l'oratorio "San Giovanni Paolo II" e in collaborazione con l'associazione "GP2 & Friends ETS", nelle seguenti settimane:

Indicare l'attività di proprio interesse con X		Indicare se con pranzo o senza (il campo "I care" è previsto unicamente CON pranzo)	
		CON	SENZA
IUNIOR GREST 15-19 giugno (dalla prima alla quinta primaria)			
IUNIOR GREST 22-26 giugno (dalla prima alla quinta primaria)			
I CARE GREST 29 giugno - 1 luglio (dalla quinta primaria alla terza media)			
CAMPO I CARE 2-5 luglio (dalla quinta primaria alla terza media)			

Siamo consapevoli delle informazioni pubblicate su www.unitapastoralegp2.it (e disponibili anche sui social dell'Oratorio e dell'unità pastorale)

Autorizziamo inoltre l'Oratorio "San Giovanni Paolo II":

- 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;
- 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 ai responsabili dell'Oratorio.
- Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.



in collaborazione con l'associazione "GP2 & FRIENDS ETS"

ALLERGIE, INTOLLERANZE, TERAPIE IN ATTO

DICHIARIAMO, in relazione allo stato di salute di nostro/a figlio/a, le seguenti allergie/intolleranze:

ed anche:

☐ medicine da somministrare: _____

☐ terapie in atto: _____

Altre situazioni particolari da segnalare, necessarie ad aiutare gli educatori nella gestione della relazione educativa:

DELEGHE PER IL RITIRO DEI PARTECIPANTI

I parroci, gli educatori e l'equipe di adulti che collaborano in questo progetto vi chiedono, su questo aspetto in particolare, la massima attenzione e invitano voi genitori ad assicurare che NESSUNO prenda libere iniziative nel ritirare altri bambini/ragazzi SENZA VOSTRA E NOSTRA AUTORIZZAZIONE.

Per il riaffidamento di nostra/o figlia/o (segnare con "X" le opzioni interessate):

☐ **DICHIARIAMO** che la/il figlia/o **NON** dovrà essere consegnata/o a nessuna altra persona all'infuori di noi genitori.

☐ **AUTORIZZIAMO** gli educatori della Parrocchia di Prepo, Ponte della Pietra, San Faustino a riaffidare nostra/o figlia/o a una delle persone di seguito elencate; forniamo per ognuna i dati personali, previa autorizzazione ai sensi del **GDPR 679/2016**, al fine di renderne sicuro il riconoscimento, previa presentazione di un documento d'identità; liberiamo pertanto il personale suddetto da qualsivoglia responsabilità civile e/o penale conseguente alla consegna a:

1. Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
in qualità di (indicare tipo di relazione con il bambino): _____ (nonni, zii, fratelli, amici, ecc...)

2. Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
in qualità di (indicare tipo di relazione con il bambino): _____ (nonni, zii, fratelli, amici, ecc...)

3. Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
in qualità di (indicare tipo di relazione con il bambino): _____ (nonni, zii, fratelli, amici, ecc...)

☐ (solo per i ragazzi di scuola media nei giorni dell'I Care GREST) **AUTORIZZIAMO** gli educatori a lasciar tornare nostra/o figlia/o autonomamente al termine dell'attività giornaliera (siamo consapevoli degli orari di inizio e di chiusura attività)

Grazie della collaborazione!

Perugia, lì ____/____/2026

Firma di entrambi i genitori

QUALORA IL MODULO FOSSE 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 effettuato 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.