

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

Momo's  
English  
summer  
camps

Con la presente intendo iscrivere mio/a figlio/a (PREGO SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Richiedo l'iscrizione di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
Residenza in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Nome Papà \_\_\_\_\_ Nome e Cognome Mamma \_\_\_\_\_

Intestazione Fattura: *(campo obbligatorio)*

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Residenza in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
~~Codice Fiscale Intestataria Fattura~~ \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici:

Cell. Mamma \_\_\_\_\_ Cell. Papà \_\_\_\_\_  
Tel. di Casa \_\_\_\_\_ ~~E-Mail~~ \_\_\_\_\_

Autorizzo all'utilizzo della mia mail per invio di newsletters aziendali

## QUEST'ANNO SONO TANTE!

Scopri le nostre destinazioni sul sito

Oppure chiamaci al:  
**031 6872182**

[lalberodimomo.com](http://lalberodimomo.com)

 **Abroad:**

Scrivi la destinazione e la data di partenza scelta

*L'iscrizione ai programmi Abroad è vincolata al contestuale pagamento della caparra del 40% & il costo del volo prenotato da L'albero di Momo*

 **Home:**

Scrivi la destinazione e la data di partenza scelta

*L'iscrizione ai programmi Home è vincolata al contestuale pagamento della caparra del 40%*

**Autorizzo**  **Non Autorizzo** la pubblicazione di foto di mio figlio/a su materiale informativo, divulgativo e sulla pagina facebook e sul sito della scuola che relazionino sull'attività didattica.

In osservanza al disposto del D.Lgs. 196/03 nonché del GDPR 2016/679, e fermi restando i diritti dell'interessato previsti nelle normative stesse, si informa che i dati sopra riportati verranno registrati in una banca dati, di cui è titolare it's easy srl unipersonale e incaricato ogni suo dipendente o collaboratore, finalizzata a rilevare l'utilizzo dei servizi da parte dei clienti e dei figli minorenni degli stessi e per eventuali comunicazioni mirate. La sottoscrizione della scheda, come peraltro l'accesso in sala direttamente o da parte dei figli minorenni, esprime il consenso a che i dati sopra indicati possano essere comunicati a fornitori (nominativi disponibili in sede) di servizi per l'esecuzione del servizio stesso o per mailing mirate. Con la firma della presente scheda d'iscrizione si presta pertanto, espressamente, il consenso al trattamento dei dati personali e particolari /sensibili, propri e/o del proprio figlio/a minorenne. Firmando la presente dichiaro di aver letto e accettato il regolamento e l'informativa sulla Privacy disponibile online.

I pagamenti sono da effettuare su conto corrente intestato a it's easy srl unipersonale presso  
Credito Valtellinese IBAN: IT83P052161090100000057393 .

~~Firma del Genitore di Riferimento~~ \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

it's easy!  
English school LAKES

L'albero di Momo represented by  
it's easy Srl Unipersonale, Via Carloni 88, 22100 Como  
E: summer@lalberodimomo.com | T: +39 031 6872182  
PI/CF 03593990132 | REA Co-322989 | PEC itseasysrl@pec.it  
[lalberodimomo.com](http://lalberodimomo.com)

it's simple!  
English school MILAN

# CONFIDENTIAL

## Medical/Dietary Information Form

Modulo informazioni mediche/dietetiche (confidenziale)

**Momo's**  
**English**  
**summer**  
**camps**

### Name of Student:

Nome dello studente

### Date of Birth:

Data di Nascita

### Is the student susceptible to any of the following?

È lo studente sensibile a uno dei seguenti?

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Asthma</b><br>Asma           | <input type="checkbox"/> <b>Rash</b><br>Eruzione cutanea | <input type="checkbox"/> <b>Colds</b><br>Raffreddore | <input type="checkbox"/> <b>Convulsions</b><br>Convulsioni    | <input type="checkbox"/> <b>Throat Infection</b><br>Infezioni alla gola  |
| <input type="checkbox"/> <b>Headache</b><br>Mal di Testa | <input type="checkbox"/> <b>Fever</b><br>Febbre          | <input type="checkbox"/> <b>Chills</b><br>Brividi    | <input type="checkbox"/> <b>Nose Bleeds</b><br>Sangue da naso | <input type="checkbox"/> <b>Ear Infection</b><br>Infezioni alle orecchie |
| <input type="checkbox"/> <b>Other</b><br>Altro _____     |  |  |   |  |

### Please give details of any medical condition that the student suffers from:

Si prega di fornire i dettagli di qualsiasi condizione medica di cui lo studente soffre

### Please give details of any medication taken by the student (including inhaler, paracetamol, antihistamine):

Si prega di fornire i dettagli di qualsiasi farmaco assunto dallo studente (compreso inalatore, paracetamolo, antistaminico):

### Is the student allergic to any medication or foods? If yes, give details below.

È lo studente allergico a farmaci o alimenti? Se sì, dare dettagli di seguito.

### Does the student have special dietary requirements? (e.g. vegetarian, dairy intolerance)

Lo studente ha particolari esigenze alimentari? (per esempio: vegetariano, intollerante al latte)

### Does the student wear glasses/contact lenses?

Lo studente indossa occhiali/lenti a contatto?

### Has the student received a tetanus injection in the last five years?

Lo studente ha ricevuto un'iniezione antitetanica negli ultimi cinque anni?

### Can the student swim a minimum of 25 metres?

Può lo studente nuotare un minimo di 25 metri in lunghezza?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Yes</b><br>Sì | <input type="checkbox"/> <b>No</b><br>No |
| <input type="checkbox"/> <b>Yes</b><br>Sì | <input type="checkbox"/> <b>No</b><br>No |
| <input type="checkbox"/> <b>Yes</b><br>Sì | <input type="checkbox"/> <b>No</b><br>No |

### Please provide us with any information you think may make the students stay at the camp more comfortable (including any special educational needs):

Prego dare ulteriori informazioni si ritenga necessario per mettere gli studenti più a loro agio al camp (compresi eventuali bisogni educativi speciali, paure, preoccupazioni, o situazioni familiari):

### Current Doctor's Name and Address:

Prego indicare nome, indirizzo mail o telefono del medico curante:

### Declaration

#### Dichiarazione

I agree that the above information is correct and will inform the Camp head-office as soon as possible of any changes in medical circumstances. I agree to my child receiving emergency medical treatment, including anaesthetic, as considered necessary by the medical authorities present.

Dichiaro che le informazioni sopra riportate sono corrette e mi impegno ad informare la Direzione del Camp nel più breve tempo possibile di eventuali cambiamenti di circostanze mediche. Autorizzo a somministrare a mio figlio un trattamento medico di emergenza, tra cui anestetici, come ritenuto necessario dalle autorità mediche locali.

Firmando il presente Modulo autorizzo il trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a iscritta al Corso di Lingua ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" per i fini dell'attività stessa proposta da it's easy srl unipersonale e acconsento alla comunicazione di tali dati all'organizzazione estera o su territorio italiano ospitante.

### Print name

Nome scritto

### Relationship to student

Relazione con lo studente

### Signed

Firma del genitore di riferimento \_\_\_\_\_

### Date

Data \_\_\_\_\_