



Scadenza **31/05/2013**

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE VACANZE ESTIVE PER MINORI

**AL COMUNE DI TIVOLI  
SETTORE IV  
Piazza del Governo, 1  
TIVOLI**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_  
(genitore o chi ne fa le veci)

residente in Tivoli Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/ cell \_\_\_\_\_ (indicare necessariamente)

fa domanda affinché \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ propri \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso (M/F)  
(cognome nome)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso (M/F)  
(cognome nome)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso (M/F)  
(cognome nome)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso (M/F)  
(cognome nome)

possa \_\_\_\_\_ essere ammess \_\_\_\_\_ alla frequenza dei corsi che si svolgeranno nello stabilimento Terme Acque Albule, come da pubblico avviso di codesto Comune.

Il turno scelto è:

- 17 GIUGNO**      **28 GIUGNO**
- 01 LUGLIO**     **12 LUGLIO**
- 15 LUGLIO**     **26 LUGLIO**
- 29 LUGLIO**     **09 AGOSTO**

In caso di impossibilità di inserimento al turno prescelto, indicarne uno alternativo

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tra quelli sopra elencati.

**Alla presente allega:**

- 1) certificato medico di idoneità fisica del minore rilasciato dal medico curante;
- 2) certificato vaccinazioni;
- 3) ricevuta del versamento della quota dovuta (€ 25,00 a settimana per minore sul c/c n. 33903014 intestato a “COMUNE DI TIVOLI - SERVIZIO ASILI NIDO E ASSISTENZA DOMICILIARE SERVIZIO TESORERIA” specificando nella causale “STAGES ESTIVI PER MINORI ANNO 2013”);
- 4) fotocopia documento di riconoscimento del dichiarante.

Tivoli, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

# SCHEDA MEDICA

(DATI PERSONALI DA INDICARE A CURA DELL' INTERESSATO IN STAMPATELLO)

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Tivoli Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

n. Tel. e/o n. Cell. \_\_\_\_\_ per comunicazioni durante  
il soggiorno.

## NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE (da indicare a cura del medico curante)

a) Stato di salute \_\_\_\_\_

b) Eventuali ricoveri negli ultimi 12 mesi:

data \_\_\_\_\_

causa \_\_\_\_\_

c) Terapie seguite nell'ultimo anno \_\_\_\_\_

d) Farmaci assunti: \_\_\_\_\_

e) Particolari regimi alimentari seguiti nell'ultimo anno: \_\_\_\_\_

f) Diagnosi funzionale \_\_\_\_\_

g) Autosufficiente:

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_