

## ISCRIZIONE SORRISO InLAB

**Unica Sessione:** dal 13/10/2026 al 13/05/2027

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Io sottoscritto                                 |  |
| In qualità di<br>(padre, madre, tutore legale): |  |
| Del ragazzo/a<br>(cognome e nome partecipante): |  |

**Dichiaro di voler iscrivere mio/a figlio/a al Progetto Sorriso InLab** che prevede laboratori di attività educative di tipo ricreativo – espressivo, in collaborazione con l'Amministrazione Comunale, che si terranno presso i locali della Cooperativa S. Andrea in Via C. Battisti, 49 a Carugate (sopra al Bar InOltre).

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Laboratori:</u></b><br>(segnare con una <b>X</b><br>i laboratori scelti): | <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <b>Motorio sportivo</b>, in collaborazione con Associazione Silvia Tremolada<br/> <b>(martedì dalle 15 alle 16,30)</b><br/>         → Importo € 280,00       </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <b>Musica</b>, in collaborazione con Kenota <b>(mercoledì dalle 15 alle 16,30)</b><br/>         → Importo € 280,00       </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <b>Danza-teatro</b>, in collaborazione con DanceAbility <b>(giovedì dalle 15 alle 16,30)</b><br/>         → Importo € 280,00       </div> <div> <input type="checkbox"/> <b>Supporto psicologico e informativo</b>, in collaborazione con Associazione InCerchio (incontri da definire, nell'orario dei laboratori)<br/>         → Importo € 180,00       </div> |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

A tal fine comunico le **informazioni circa il mio familiare iscritto:**

|                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Data di nascita:</b>                                                         |  |
| <b>Classe di frequenza:</b>                                                     |  |
| <b>Scuola:</b>                                                                  |  |
| <b>Indirizzo di residenza:</b>                                                  |  |
| <b>Città di residenza:</b>                                                      |  |
| <b>Recapito telefonico:</b>                                                     |  |
| <b>e-mail:</b>                                                                  |  |
| <b>Fragilità / diagnosi:</b>                                                    |  |
| <b>Eventuali farmaci da somministrare</b><br>(allegato specifico da compilare): |  |

**Dati dei familiari:**

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Cognome e nome MAMMA:                                            |  |
| telefono MAMMA:                                                  |  |
| Cognome e nome PAPA':                                            |  |
| telefono PAPA':                                                  |  |
| Altra persona di riferimento da contattare in caso di necessità: |  |
| telefono:                                                        |  |
| <b>Eventuali note:</b>                                           |  |

**Al termine dei laboratori:**

- ☐ Autorizzo mio/a figlia, sotto la mia responsabilità, a rientrare a casa in autonomia;
- ☐ Dichiaro che le persone che verranno a prenderlo alla fine dell'attività potranno essere le seguenti:
- Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ n° cell \_\_\_\_\_
- Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ n° cell \_\_\_\_\_

Autorizzo IL SORRISO Cooperativa Sociale al trattamento dei dati da me indicati, ai sensi del GDPR 679/2016 e del D.Lgs. 101/2018, per le finalità gestionali e organizzative dell'attività.

Data di compilazione

Firma

.....

.....

**Il pagamento delle quote potrà avvenire a mezzo bonifico bancario su:**

Conto corrente intestato a: **IL SORRISO COOPERATIVA SOCIALE**  
 Banca di appoggio: BCC MILANO sede di Carugate (MI)  
 Iban: **IT73Z0845332760000000019238**  
 Causale: **Iscrizione progetto Sorriso Inlab**