



MODULO D'ISCRIZIONE – CENTRO ESTIVO 2015

Nome		Cognome	
Data di Nascita		Codice Fiscale	
Indirizzo		Città	
Provincia		CAP	
Telefono casa		Cellulare Genitore	
Telefono ufficio		Cellulare Genitore	
Scuola		E-mail	
<input type="checkbox"/> 1° Turno: 15/6-19/6		<input type="checkbox"/> 6° Turno: 20/7-24/7	
<input type="checkbox"/> 2° Turno: 22/6-26/6		<input type="checkbox"/> 7° Turno: 27/7-31/7	
<input type="checkbox"/> 3° Turno: 29/6-3/7		<input type="checkbox"/> 8° Turno: 3/8-7/8	
<input type="checkbox"/> 4° Turno: 6/7-10/7		<input type="checkbox"/> 9° Turno: 10/8-14/8	
<input type="checkbox"/> 5° Turno: 13/7-17/7			

Come sei venuto a conoscenza dell'attività?Sito Internet al Minivolley davanti a Scuola ad Allenamento alla Partita della mia squadra alla Partita della squadra avversaria altro: _____

Allergie Alimentari:

Allergie ai farmaci:

Terapie in atto:

Persone delegate ad accompagnare in uscita il partecipante:

ASSICURAZIONE: Dichiaro di accettare la polizza assicurativa e le convenzioni stipulate dall'organizzazione rinunciando a qualsiasi risarcimento di danni eccedenti i valori massimali in essa previsti.

DISCIPLINA: Dichiaro di accettare che ogni seria violazione alle regole del soggiorno, quali il danneggiamento delle strutture sportive e/o ricettive, o il mancato rispetto agli istruttori e agli animatori, o scherzi pericolosi ai compagni, comporta l'immediata espulsione dell'interessato che dovrà rifondere i danni eventualmente arrecati.

CERTIFICATO MEDICO: Ogni partecipante deve consegnare, prima dell'inizio del Centro Estivo, un certificato medico di sana e robusta costituzione ed un'eventuale dichiarazione firmata dai genitori riguardante allergie e medicinali. Saranno accettate anche fotocopie (i certificati consegnati all'organizzazione non verranno restituiti);

ASSOCIAZIONE ASD 2D LINGOTTO VOLLEY: Con la presente chiedo inoltre di diventare socio dell'ASD 2D LINGOTTO VOLLEY accettandone lo statuto.

Dichiaro di accettare che l'ASD 2D LINGOTTO VOLLEY si riserva il diritto di annullare il Camp in qualsiasi momento per causa di forza maggiore, senza altro obbligo oltre la tempestiva comunicazione agli iscritti e la relativa restituzione delle somme versate.

Inviando la tua richiesta, ti informo che i tuoi dati personali saranno gestiti e conservati dal nostro staff che le utilizzerà per rispondere alle tue richieste e le sue comunicazioni. In ottemperanza della legge 675/96 in materia di tutela dei dati personali, Le ricordo che potrà chiedere in ogni momento la cancellazione del suo nominativo dai nostri elenchi.

Dò il consenso al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma del genitore _____ Firma del partecipante _____