



SUMMER CAMP 2024 - MODULO ISCRIZIONE

GENERALITÀ DEL BAMBINO

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Via _____ n° _____ Cap _____

Comune di residenza _____

Al momento dell'iscrizione ad un corso, dai 6 anni compiuti, è necessario presentare un CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO NON AGONISTICO CON ECG A RIPOSO, espressamente citato nel certificato medico stesso.

Esso prevede, in base al decreto ministeriale dell'8 agosto 2014 e alla nota esplicativa del 17 Giugno 2015, l'esecuzione di ECG a riposo laddove si esegua un'attività sportiva non agonistica organizzata da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali e ad enti riconosciuti dal CONI.

GENERALITÀ DEL GENITORE E DELEGA USCITA

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a il _____ e-mail _____

Tel. abitazione _____ Tel./cell. _____

NB: LA DIREZIONE CHIEDE ESTREMA PRECISIONE E CHIAREZZA NELLA COMPILAZIONE DELL'ELENCO DELLE PERSONE DELEGATE ALL'ACCOMPAGNAMENTO E AL RITIRO DEL MINORE PER OVVIE RAGIONI DI SICUREZZA.

dichiara di:

- autorizzare il proprio figlio/a ad uscire dal Summer Camp **DA SOLO**, con mezzi propri, per tutto il periodo di iscrizione al centro stesso.
- provvedere **PERSONALMENTE** o di **DELEGARE** le seguenti persone a prelevare il figlio all'uscita dal Centro estivo, per tutto il periodo di iscrizione al centro stesso:

Cognome e nome

parente/altro

luogo e data di nascita

(mettere anche i dati dell'altro genitore, se necessario)



ULTERIORI INDICAZIONI

SCONTI FRATELLI (sul prezzo inferiore): 10% secondo fratello – 10% terzo fratello
Le scontistiche NON sono cumulabili

Eventuali variazioni d'orario non contemplate nella 'giornata-tipo' (uscita anticipata/ posticipata per motivi personali) saranno da comunicare tempestivamente al responsabile/segreteria. In caso di uscita oltre i limiti, verrà addebitata un'integrazione oraria.

QUESTIONARIO INFORMATIVO

Il bambino/a ha allergie o intolleranze alimentari? Se sì, indicare quali Sì No

Il bambino/a porta con sé qualche medicina indispensabile? Sì No

Se sì, indicare quale ed allegare prescrizione medica e indicazioni scritte.

Indicare se il bambino soffre di particolari patologie/problematiche? Sì No

Se sì, indicare quali

Al fine di un'organizzazione ottimale, chiediamo di indicare, se necessario, il nome di MAX 1 amico da inserire in gruppo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI IMMAGINI FOTOGRAFICHE E VIDEO

Il sottoscritto presta il consenso al trattamento di immagini fotografiche e video per scopi meramente promozionali del servizio e/o informativo per i genitori. Questo documento è da intendersi valido fino a nuova comunicazione da parte dell'interessato per la modifica dello stesso.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

FIRMA _____ (del genitore/tutore legale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R., secondo la normativa indicata, autorizzo il consenso al trattamento dei dati. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi diritti.

FIRMA _____ (del genitore/tutore legale)

Il genitore firmando il modulo di iscrizione dichiara di conoscere e approvare il Regolamento del Summer Camp 2024, esposto presso il centro natatorio e nel volantino stesso.

Ronzone, ___ / ___ / 2024 FIRMA _____ (del genitore/tutore legale)

Nuoto Scaligero SSD

Piscine Aqualido

Via Frank Borzage, 38011 Ronzone (TN)