



Sport-Camp



Riservato ai nati negli anni 2013-14-15-16-17-18

MODULO di ISCRIZIONE

Settimana dal 4 all'8 settembre 2023

ANAGRAFICA	
COGNOME:	NOME:
NATO A:	IL:
RESIDENTE A:	VIA:
CODICE FISCALE:	ALTRI FAMILIARI ISCRITTI: <input type="radio"/> SÌ <input type="radio"/> NO NOME:

CONTATTI	
CELLULARE ATLETA:	TEL. ABITAZIONE:
MADRE:	PADRE:
CELLULARE MADRE:	CELLULARE PADRE:
INDIRIZZO MAIL MADRE:	INDIRIZZO MAIL PADRE:

TUTELA SANITARIA
DATA SCADENZA VISITA MEDICA DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA:

CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13D.lgs.196/2003

Dichiaro di essere il genitore o colui che fa le veci del minore iscritto, in sua vece dichiaro di aver letto l'informativa sulla Privacy e acconsento al trattamento e alla conservazione dei dati personali del soggetto minore per le finalità specificate nell'informativa di cui ho integralmente preso visione, nel suo complesso e in ogni sua parte. Dichiaro altresì sotto la mia responsabilità di aver ricevuto espressa delega per iscritto da ogni altro soggetto, genitore o di chi ne fa le veci, a che il titolare tratti i dati del soggetto minore.

PRESTO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO FIRMA.....

Ho letto l'informativa sulla Privacy e acconsento a cedere all'Associazione l'indirizzo e-mail per ricevere comunicazioni nei termini e nei modi indicati nell'informativa della quale ho preso visione.

PRESTO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO FIRMA.....

Ho letto l'informativa sulla Privacy e acconsento che l'Associazione pubblichi immagini/video riprese del sottoscritto nei termini e nei modi indicati nell'informativa della quale ho preso visione.

PRESTO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO FIRMA.....



Sport-Camp



Riservato ai nati negli anni 2013-14-15-16-17-18

MODULO di ISCRIZIONE

Settimana dal 4 all'8 settembre 2023

ALLERGIE PARTICOLARI

NO SI QUALI: (es. intolleranze alimentari, allergie cutanee o respiratorie etc.)

ALTRO DA SEGNALARE

QUOTA SETTIMANALE

120 €

FRATELLI/SORELLE: 100 €

MODALITA' DI PAGAMENTO

- IN CONTANTI
- CON ASSEGNO
- CON BONIFICO BANCARIO IBAN: **IT24 D0 8440 5112 0000 0000 47265**
beneficiario A.S.D. G.S.O. SAN GIORGIO c/o Credito Cooperativo di Carate B.za

ORARI SEGRETERIA

LUNEDI	17,15 – 19,15
MARTEDI	17,15 – 19,15
MERCOLEDI	17,15 – 19,15
GIOVEDI	17,15 – 19,15
VENERDI	17,15 – 19,15

CASATENOVO il/...../.....

FIRMA.....