



# SPORT WEEK 2024



## ANAGRAFICA ISCRITTO

<b>ISCRITTO N° 1</b>	CODICE FISCALE:
COGNOME:	NOME:
NATO A:	IL:
<b>ISCRITTO N° 2 (in caso di fratello/sorella)</b>	CODICE FISCALE:
COGNOME:	NOME:
NATO A:	IL:

## CONTATTI

MADRE:	PADRE:
CELLULARE:	INDIRIZZO MAIL:
RESIDENTE A:	VIA:

## TUTELA SANITARIA

DATA SCADENZA VISITA MEDICA DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA

ISCRITTO: ...../...../.....      FRATELLO/SORELLA DI ISCRITTO: ...../...../.....

## PRESENZA ALLA SETTIMANA DI SPORT WEEK

<u>ISCRITTO</u>	<u>FRATELLO/SORELLA DI ISCRITTO</u>
DALL'8 AL 12 LUGLIO 2024 <input type="radio"/>	DALL'8 AL 12 LUGLIO 2024 <input type="radio"/>
DAL 15 AL 19 LUGLIO 2024 <input type="radio"/>	DAL 15 AL 19 LUGLIO 2024 <input type="radio"/>

## CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. 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 altrettanto 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 WEEK 2024



## ALLERGIE PARTICOLARI

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

## ALTRO DA SEGNALARE

## QUOTE SETTIMANALI

### ISCRITTO

130€ - 1 SETTIMANA

240€ - 2 SETTIMANE

### FRATELLO/SORELLA DI ISCRITTO

110€ - 1 SETTIMANA

220€ - 2 SETTIMANE

**TOTALE A PAGARE: €.....**

## MODALITA' DI PAGAMENTO

- IN CONTANTI
- CON ASSEGNO
- CON BONIFICO BANCARIO IBAN: IT24D0 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	18,15 – 19,15
MARTEDI	17,30 – 19,15
MERCOLEDI	17,30 – 19,15
GIOVEDI	18,15 – 19,15
VENERDI	17,30 – 19,15

CASATENOVO, il ...../...../..... FIRMA.....