

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a Prov. Data Nascita

Residente in Via Nr.

Città Prov. CAP

Telefono abitazione..... Cellulare

E-Mail CODICE FISCALE

Chiede di poter iscrivere al centro estivo Sport Lab Camp ai turni sotto indicati:

Mio/a **Figlio/a** di Nome e Cognome CF Data Nascita

		1/2	DAY			1/2	DAY		ORARIO DI ENTRATA PREFERITO								
1° Turno	13/06 al 17/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5° Turno	11/07 al 15/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.30	<input type="checkbox"/>	7.45	<input type="checkbox"/>	8.00	<input type="checkbox"/>	8.15	<input type="checkbox"/>	8.30
2° Turno	20/06 al 24/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6° Turno	18/07 al 22/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3° Turno	27/06 al 01/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7° Turno	25/07 al 29/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ORARIO DI USCITA PREFERITO								
4° Turno	04/07 al 08/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	16.00	<input type="checkbox"/>	16.15	<input type="checkbox"/>	16.30	<input type="checkbox"/>	16.45	<input type="checkbox"/>	17.00

** Va allegato al presente modulo il **certificato medico per attività sportiva non agonistica** rilasciato dal proprio medico, fotocopia della carta d'identità e della tessera sanitaria **

1. Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del GDPR 2016/679, recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, i quali potranno essere trasmessi per il relativo trattamento anche ad altri soggetti.

2. Autorizzo l'utilizzo di foto o filmati per fini societari o per iniziative collegate alla società.

Firma

DOMANDA DI USCITA AUTONOMA

Chiede che il proprio figlio minorenni nell'ottica della piena realizzazione della sua personalità, sia autorizzato ad uscire da solo dal "Centro Estivo", al termine dell'orario delle attività. Tale autorizzazione preventiva, solleva l'associazione Sport Lab ASD ed il personale da qualsiasi responsabilità derivante da fatti che dovessero accadere al di fuori dell'area di pertinenza della associazione stessa al termine dell'orario delle attività.

Firma

INFORMAZIONI UTILI

Allergie, intolleranze alimentari, problemi di salute, altro

.....

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Iscrizioni entro il giovedì della settimana precedente l'inizio inviando il presente modulo al seguente indirizzo mail:
sportlabcamp@gmail.com

Il pagamento è anticipato e deve avvenire tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:
 INTESA SAN PAOLO - IBAN IT94 Y030 6909 6061 0000 0172 746
 Intestazione: SPORT LAB ASD
 Causale: Nome e Cognome Bambino - N. settimana - Arsiero

....., li

Firma.....