**U.S.D. NUOVA ALTA VALLAGARINA**

Via 25 Aprile 1

38060 VOLANO (Tn)

Telefono 0464/410965 C.F. e Partita I.V.A. 02082540226 Volano 1948 Calliano 1962
e-mail: nuovaltavallagarina@gmail.com

# VI EDIZIONE "ALTA VALLAGARINA SUMMER SPORT CAMP 2018"

## MODULO DI ISCRIZIONE

### DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A ISCRITTO:

Nome _____ Cognome _____
Data e luogo di nascita _____ Residente a _____
Codice Fiscale _____ Tel casa _____
Tel e nome mamma _____ Tel e nome papà _____
Tel e nome primo contatto _____ Mail genitore _____

ISCRITTO ALLA SETTIMANA/E (Barrare con una X)

□ **11-15 GIUGNO** □ **18-22 GIUGNO** □ **25-29 GIUGNO** □ **02-06 LUGLIO**

ESONERO MIO/A FIGLIO/A DALLE SEGUENTI ATTIVITÀ:

□**RUGBY** □ **CALCIO** □ **BASKET** □ **KICK BOXING** □ **EVENTUALE GITA(PASSEGGIATA)** □ **VOLLEY** □ **TENNIS** □ **HIP HOP** □ **PALLAMANO** □ **TAMBURELLO** □ **CICLISMO** □ **SCHERMA** □ **EVENTUALE GIORNATA IN PISCINA** □ **ATLETICA** □ **BASEBALL** □ **NORDIK WALKING** □ **TIRO CON L'ARCO** □ **JUDO** □ **ALTRO**_____

ATTIVITA' SPORTIVA QUOTIDIANA SCELTA:

□ **CALCIO** □ **VOLLEY**

TESSERATO PRESSO SOCIETÀ UNA SPORTIVA (Barrare con una X)

□ **SI** □ **NO** □ **NOME SOCIETA' e SPORT EFFETTUATO**_____

TAGLIA KIT DI ABBIGLIAMENTO (Barrare con una X)

□ **XXXS** □ **XXS** □ **XS** □ **S** □ **M**

**SI ALLEGA:**

- **fotocopia documento d'identità del/degli iscritto/i**
- **fotocopia tessera sanitaria del/degli iscritto/i**
- **certificato medico di idoneità all'attività sportiva non agonistica.**
- **copia bonifico versamento quota di iscrizione.**

### DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI ED ASSUNZIONE FARMACI

Il/la sottoscritto/a _____, **madre/padre** del bambino _____
iscritto al "*VI edizione Alta Vallagarina Summer Sport Camp*", dichiara sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a presenta intolleranze alimentari e/o allergie del seguente tipo:

□ **INTOLLERANZE ALIMENTARI:** _____
□ **ALLERGIE ALIMENTARI** _____
□ **ALLERGIE DA PUNTURE** _____
□ **ALTRE ALLERGIE** (polvere, pollini, pelo animale)_____
□ **NESSUNA INTOLLERANZE e NESSUNA ALLERGIA**

Inoltre dichiara che il/la bambino/a, deve sottoporsi a regolare somministrazione del seguente farmaco _____
(indicare le modalità e gli orari di somministrazione)_____

**Data e luogo**_____ **Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)**_____

### DICHIARAZIONE TUTELA PRIVACY e AUTORIZZAZIONE AD ESSERE INSERITI NEL GRUPPO Whatsapp

Il/la sottoscritto/a _____, **autorizza**□ **/ non autorizza** □ l'inserimento dei contatti telefonici della madre/padre (sottolineare i nominativi autorizzati) nel gruppo "Alta Vallagarina Summer Sport Camp" di Whatsapp, che verrà creato per velocizzare le comunicazioni durante il camp.

Il/la sottoscritto/a _____, **madre/padre** del bambino _____
iscritto al "*VI Alta Vallagarina Summer Sport Camp*", **AUTORIZZA** gli istruttori e/o gli animatori ad effettuare fotografie e/o videoriprese delle attività previste ai soli fini della documentazione di quanto fatto durante il camp estivo, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003 (legge sulla privacy).

**Data e luogo**_____ **Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)**_____

Cassa Rurale Alta Vallagarina Volano IBAN IT40 M 08305 35820 000000056887