



ADVENTURE TEAM ASD

www.adventureteam-asd.com

via caduti del lavoro 3 - 25017, Lonato del Garda (BS)

ADVENTURE CAMP

ISCRIZIONE DI:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ CAP _____ Via/P.za _____ N° _____

Cellulare/Telefono: Madre _____ Padre _____ Altro _____

Email: _____

Che ha frequentato la classe:

3^a elem. 4^a elem. 5^a elem. 1^a media 2^a media 3^a media

Sarà presente: 1^a Settimana 28 Agosto – 01 Settembre 2^a Settimana 04 Settembre – 08 Settembre

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di: _____

dichiara di:

1) aver letto la presente informativa in merito al trattamento dei propri dati personali;

2) autorizzare il trattamento dei dati personali nella modalità indicata dalla presente informativa e in base al D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche. 3) autorizzare lo scrivente a produrre per proprio conto, o da eventuali media suoi partner, immagini fisse (fotografie) od in movimento (filmati video) ed il diritto di diffondere le immagini del tesserato impegnato nell'attività sportiva, ed altre eventuali attività ad essa collegate, su qualsiasi tipo di supporto (CD, DVD, ecc.); si riserva anche il diritto di pubblicazione, delle immagini raccolte, nel proprio materiale promozionale e/o pubblicitario (stampe federali, depliant, locandine, ecc.) e sul sito Web della società, in tutto il mondo e per tutto il tempo massimo previsto dalle leggi, dai regolamenti e dai trattati in vigore.

In Fede, _____

AUTORIZZAZIONE USCITA DAL CAMP E SEGNALAZIONE ALLERIGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI:

Io sottoscritto _____ genitore di _____

AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire DA SOLO dal Camp negli orari prestabiliti

AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire dal Camp negli orari prestabiliti con i genitori o le seguenti persone indicate (allegare fotocopia della carta di identità):

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

DICHIARO

Che mio figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza;

Che mio figlio/a presenta la/le seguenti allergia/e e/o intolleranza/e (indicare nello spazio sottostante):

Che mio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali (il personale del Camp non è autorizzato alla somministrazione del medicinale, che deve essere fornito dai genitori):

Farmaco _____ posologia _____

Farmaco _____ posologia _____

Allegare certificato medico.

In Fede, _____

N.B.: Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.



E-mail: adventureteam.asd@gmail.com

WWW.ADVENTURETEAM-ASD.COM

www.facebook.com/adventureteam.asd

www.instagram.com/adventure_team_asd

