

CENTRO ESTIVO SPORTIVO ANNO 2022
MODULO DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto _____ residente in _____

Via _____ n. _____ cap _____ email _____

tel. casa _____ altro tel. _____ n. cell. _____

Genitore del bambino _____ nato a _____ il _____

residente in _____ via _____

CHIEDE DI ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO ESTIVO SPORTIVO
VERSANDO LA QUOTA DI ISCRIZIONE DI €. 10,00

DICHIARO che mio figlio: NON SA NUOTARE SA NUOTARE

SOFFRE DI ALLERGIE di che tipo _____ NON SOFFRE DI ALLERGIE

FREQUENZA: CON SERVIZIO MENSA (fino alle 14,30) SENZA SERVIZIO MENSA (fino alle 13,00)
 CON SERVIZIO MENSA (fino alle 16,00)

SETTIMANE (barrare le settimane interessate):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 06 – 10 giugno | <input type="checkbox"/> 01 – 05 agosto |
| <input type="checkbox"/> 13 – 17 giugno | <input type="checkbox"/> 08 – 12 agosto |
| <input type="checkbox"/> 20 – 24 giugno | <input type="checkbox"/> 22 – 26 agosto |
| <input type="checkbox"/> 27 giugno – 1 luglio | <input type="checkbox"/> 29 agosto – 02 settembre |
| <input type="checkbox"/> 04 – 08 luglio | <input type="checkbox"/> 05 – 09 settembre |
| <input type="checkbox"/> 11 – 15 luglio | |
| <input type="checkbox"/> 18 – 22 luglio | |
| <input type="checkbox"/> 25 – 29 luglio | |

IL CENTRO PARTIRA' CON UN MINIMO DI 15 ISCRITTI.

E' OBBLIGATORIO IL CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' NON AGONISTICA

DELEGO i Sigg. a prelevare mio figlio dal CENTRO ESTIVO:

_____ n. telefono _____

_____ n. telefono _____

Io sottoscritto, ricevuta l'informativa sulla utilizzazione dei miei dati personali da parte della UISP COMITATO DI ANCONA, ai sensi dell'art. 11 del DL n. 196 del 30/06/2003 consolidato con la L. n. 45 del 26/02/2004 e vigente del 27/02/2004, rendo il mio consenso. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle informazioni contenute negli artt. 11 e 13 dello stesso D.L.. Si autorizza inoltre all'acquisizione da parte della UISP del diritto di utilizzare per attività inerenti agli scopi stessi della Associazione le immagini in cui mio figlio possa apparire.

Firma del genitore _____

PER INFORMAZIONI : UISP COMITATO TERRITORIALE ANCONA APS
TEL. 320/833 7942 – 371/348 9876