

**ISCRIZIONE WINTER CAMP - PALARAMINI**

IO SOTTOSCRITTO/A: \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_\_

COM. NASCITA \_\_\_\_\_ COM. RES. \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CHIEDO L'ISCRIZIONE DEL MINORE alle attività del Centro Sportivo Invernale come sotto indicato

Modulo 1° dal 27 DICEMBRE al 29 DICEMBRE 2023

Mezza giornata senza pranzo

Modulo 2° dal 02 GENNAIO al 05 GENNAIO 2024

Mezza giornata senza pranzo

**COSTI: Dal 27 Dicembre al 29 Dicembre 2023 - 55 Euro (8.00-13.30)**

**Dal 02 Gennaio al 05 Gennaio 2024 - 65 Euro (8.00-13.30)**

Ho consegnato il CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA per mio figlio/a con età pari o superiore a 6 anni

Sono esente dalla consegna del CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA perché mio figlio ha età inferiore ai 6 anni

mio/a figlio/a ha la certificazione secondo LA LEGGE 104/92\*  SI  NO

*\*non è garantito il servizio di sostegno*

Comunico che mio/a figlio/a è allergico/a  SI  NO

Comunico le seguenti allergie o intolleranze \_\_\_\_\_

Autorizzo il sig. (di cui allego fotocopia doc. di identità) \_\_\_\_\_

a prendere mio/a figlio/a alle ore \_\_\_\_\_

Sono a conoscenza che il personale della UISP NON POTRA' SOMMINISTRARE alcun medicinale e quindi MI IMPEGNO A PROVVEDERE IN PROPRIO IN CASO DI BISOGNO.

Comunico che mio figlio/a ha necessità di FARMACO SALVAVITA

SI

NO

Allego CERTIFICATO MEDICO e AUTORIZZAZIONE alla somministrazione del Farmaco Salvavita

Dichiaro di aver preso visione e di accettare le condizioni del regolamento

In caso di genitori separati o conviventi occorre la firma di entrambi

**FIRMA**  
del genitore e/o tutore

---

Preso atto dell'informativa e dei diritti a me riconosciuti dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento Europeo 2016/ 679, dichiaro ai sensi dell'art. 6, comma 1 "a" del Regolamento stesso di autorizzare al trattamento dei dati personali (ivi compresi i dati sensibili) nei limiti indicati nell'informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti, nonché alla diffusione dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti.

il trattamento dei dati suddetti, nelle relative sedi istituzionali, solo per motivi strettamente inerenti alle finalità istituzionali dell'Associazione. Dichiaro di essere a conoscenza e di accettare le coperture assicurative previste dalla tessera G. di cui chiedo il rilascio.

Dichiaro di essere a conoscenza e accettare il regolamento del centro estivo. AUTORIZZO la pubblicazione delle immagini, sia foto che riprese, effettuate dalla UISP sul minore per uso di promozione sociale, ne vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

In caso di genitori separati o conviventi occorre la firma di entrambi

**FIRMA**  
del genitore e/o tutore

---

Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere tutore/genitore affidatario in relazione all'iscrizione del minore, al centro estivo suddetto.

Allego provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o dei Servizi sociali

**FIRMA**  
del genitore e/o tutore

---