

DOMANDA DI ISCRIZIONE*

PARTECIPANTE:

Cognome: _____

Nome: _____

M F

Luogo e data di nascita: _____

Residenza: _____

RICHIEDENTE (GENITORE O TUTORE)

Cognome: _____

Nome: _____

Residenza: _____

Città: _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Altro recapito: Nome Cognome: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

SCelta DEL TURNO DEL CAMPUS ESTIVO RESIDENZIALE

Dom 15 luglio / Sab 21 luglio

PESCASSEROLI

Mar 24 luglio / Lun 30 luglio

FORMIA

Preferenza in stanza con: _____

FIRMA DEL GENITORE O TUTORE

Dichiaro di aver preso visione del regolamento riportato nel modulo allegato, e di accettarlo per intero, autorizzando la Direzione allo svolgimento di tutte le attività programmate. Dichiaro inoltre di aver preso visione delle clausole assicurative stipulate a favore delle attività svolte in soggiorno, di accettare i massimali e le relative franchige, valide per tutte le attività svolte e di rinunciare a qualsiasi risarcimento di danni eccedenti i valori dei massimali. Confermo il luogo di residenza di mio figlio/a già in altra parte dichiarato.

_____ li _____

Firma leggibile: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART.23 DELLA LEGGE 196/03

Appongo la firma in calce al presente modulo manifestando così il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità citate nell'informativa allegata, e che mi viene consegnata assieme alla presente modulistica, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge 196/03 e confermo i dati anagrafici riportati. In particolare manifesto il mio consenso espresso per: l'acquisizione dei dati di cui al punto 1; la comunicazione dei dati a terzi ai sensi del punto 4. Il sottoscritto concede altresì l'autorizzazione della pubblicazione delle eventuali immagini fotografiche, effettuate ai propri figli nel corso dell'attività del soggiorno. L'organizzazione si impegna a non fare alcun uso delle immagini che possano risultare lesive della dignità o della reputazione dei soggetti fotografati.

_____ li _____

Firma leggibile: _____

Da restituire c/o : C.R. CONI Abruzzo L'Aquila Via Montorio al Vomano, 18 Tel. 0862/410406 Fax 0862.412714

Scuola dello Sport Pescara Via Botticelli, 28 Tel. 085.4223964/4298856 Fax 085.380246

Allegare : A) Certificato medico di sana e robusta costituzione, segnalando eventuali allergie o intolleranze alimentari

B) Assegno di C.C./N.T. n° Pari ad €

*** La domanda deve essere improrogabilmente consegnata entro il 21 maggio 2012**



