



9° CAMP SPORTIVO 2024

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare, ritagliare e consegnare
entro e non oltre il 1 Giugno a:
ASD TEAM FIDENZA - Via XXV Aprile 36 - Tel: 0524 201 000

il Sottoscritto: _____
nato a: _____
il: _____ Residente a: _____
Indirizzo: _____
Cod Fisc.: _____
Recapito Tel.: _____
Email: _____

in qualità di genitore del minore:

Cognome - Nome: _____
Cod. Fisc.: _____
Nato a: _____ il: _____
Cittadinanza: _____

dichiara di volerlo iscrivere al

9° TEAM FIDENZA CAMP 2024

nei seguenti turni settimanali:

- 17 - 21 Giugno 2024
 24 - 28 Giugno 2024

INDICARE TAGLIA ATLETA:

- XXS (6 - 8 anni) La fascia di età relativa alla taglia
 XS (9 - 11 anni) è indicativa, è possibile indicare
 S (12 - 13 anni) una taglia diversa indipendentemente
dall'età dell'atleta.

Firma: _____

TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE
DELLE IMMAGINI, NOMI E VOCI DEI MINORI.

(D.Lgs. 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali")

il/la Sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____

il: _____ Residente a: _____

Indirizzo: _____

il/la Sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____

il: _____ Residente a: _____

Indirizzo: _____

In qualità di genitori dell'atleta:

.....

AUTORIZZIAMO

la società sportiva dilettantistica Team Fidenza a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, il materiale realizzato a scopo educativo-didattico, e contenente nome, immagini e voce di nostro figlio.

DICHIARIAMO

di essere consapevoli che le società sportive dilettantistiche non trarranno alcun guadagno economico da tale divulgazione.

RENDIAMO NOTO CHE IL RAGAZZO SOFFRE DI:

Allergie: _____

Intolleranze: _____

Data: _____

Firma dei genitori dell'atleta (o di chi ne fa le veci):

SCHEDA SANITARIA PER MINORI
SANITARY CARD FOR MINORS

cognome = surname	nome = first name

luogo e data di nascita = place and date of birth	nazionalità = nationality

residenza-indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone ☎

medico curante = doctor in charge	libretto sanitario n.	AUSL

MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES

morbillo measles	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
parotite mumps	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
pertosse whooping-cough	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
rosolia rubella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
varicella varicella	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no

ALLERGIE - ALLERGIES

		specificare = specify
farmaci drugs		
pollini pollens		
polveri dusts		
muffe moulds		
punture di insetti insect stings		

altro other diseases: _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress: _____

intolleranze alimentari = food intolerances: _____

data = date

firma di chi esercita la potestà parentale
signature of the person exercising parental authority