

AL PASSO CAMP 2020 - Modulo d'iscrizione

Il/la sottoscritto: _____ Nato il: _____ A: _____

Residente in: _____ C.F. _____

Email: _____ Cell: _____

Telefono Casa: _____ Altro tel: _____

chiede che il/la figlio/a

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Il: _____

Residente in via: _____ n. _____ Città: _____

Provincia: _____ CAP: _____

C.F. _____

venga iscritto allo stage estivo "Al Passo Camp" 2020 di Una Direzione ASD nelle seguenti date:

• dal 28/06 al 12/07 • dal 12/07 al 26/07 • dal _____ al: _____

dichiaro di aver provveduto al versamento della quota di Associazione Polisportiva dilettantistica "Una Direzione" e del 30% della quota di iscrizione al camp. Dichiaro inoltre di conoscere e di accettare il regolamento del camp. Mi impegno a provvedere al saldo della quota di iscrizione. (le quote versate non sono rimborsabili).

dichiaro che mio/a figlio/a _____

ha sofferto le sottoelencate malattie (barrare la casella in caso affermativo):

- Morbillo • Pertosse • Epatite Virale • Diabete
- Varicella • Epilessia • Scarlattina • Asma
- Parotite ep. • Malattie reumatiche • Tonsilliti • Rosolia

Altre malattie: _____ Allergie: _____

Terapie in atto: _____

mi impegno a presentare, al momento del check-in:

- certificato (originale rilasciato dal medico) attestante "stato di buona salute", per la pratica di attività sportive non agonistiche;
- fotocopia del tesserino sanitario della propria regione;
- fotocopia della vaccinazione antitetanica e relativi richiami.

Desidero che mio figlio/a alloggi preferibilmente in camera con (indicare nomi e cognomi):

Luogo e data: Letto, approvato e sottoscritto:
