

NOTE:

 **H2O Ssd a.r.l**. in COLLABORAZIONE con **TIGER ssd**

 SCHEDA DI ISCRIZIONE

 **Acquacamp 2025 Lissone**

# DATI ANAGRAFICI E INFORMATIVI del partecipante

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pr\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Eventuale fratello/sorella già iscritto nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Siglare all’interno della casella con le date desiderate:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 09-13 Giugno1°TURNO | 16-20 Giugno2°TURNO | 23-27 Giugno 3°TURNO | 30 Giugno-04 Luglio4°TURNO | 07-11 Luglio5°TURNO | 14-18 Luglio6°TURNO |
| 21-25 Luglio7°TURNO | 28 Luglio – 01 Agosto8°TURNO | 25-29 Agosto9°TURNO |  |  |  |

Il sottoscritto Residente in

Via Telefono Cellulare

E-mail (stampatello minuscolo leggibile)

 **CHIEDE**

 L’iscrizione del/la proprio/a figlio/a al campo estivo denominato “Acquacamp 2025“, che si svolge presso le piscine coperte di Via Villoresi a Muggiò, accettando il programma ed il regolamento dello stesso.

Recapiti telefonici o cellulari da contattare in caso di necessità o informazioni

(Tra parentesi segnalare se abitazione, lavoro, genitore o altri referenti)

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

# ABILITA’ NATATORIA: Livello ………………………………………………………………..

# AUTORIZZAZIONE A PRENDERE IL BAMBINO

1) Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado di parentela/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado di parentela/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado di parentela/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale familiare non autorizzato a riprendere il bambino

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI DI SALUTE

## Il genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara che il/la propria figlio/a

 Non presenta patologie particolari /allergie alimentari /handicap per i quali necessita certificazione medica allegata e attenzione particolare

 Presenta patologie particolari /allergie alimentari /handicap per i quali necessita certificazione medica specifica ed attenzione particolare che è stata consegnata in data

 Al sig.

 Che è stato consegnato l’obbligatorio CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA’ SPORTIVA

NON AGONISTICA CON SCADENZA IN DATA

Informativa ai sensi della Legge 196/2003

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di rilasciare a tal fine la propria autorizzazione al predetto trattamento

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_