

NOTE:

**Acquacamp 2024 Preziosine/Centro Nei Monza**

# 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:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10-14 Giugno  1°TURNO | 17-21 Giugno  2°TURNO | 24-28 Giugno  3°TURNO | 01-05 Luglio  4°TURNO | 08-12 Luglio  5°TURNO | 15-19 Luglio  6°TURNO |
| 22-26 Luglio  7°TURNO | 29 Luglio –  02 Agosto  8°TURNO | 26-30 Agosto  9°TURNO | 02-06 Settembre  10°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 2024“, che si svolge presso la piscina coperta del centro NEI in Via Enrico da Monza 6 e presso l’Istituto Scolastico Preziosissimo Sangue a Monza, 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 per le quali necessita certificazione medica allegata e attenzione particolare

Presenta patologie particolari /allergie alimentari per le 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_