

**NOTE:**

## ACQUA CAMP 2020

### 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 \_\_\_\_\_

**Sigare all'interno della casella con le date desiderate:**

08-12 Giugno 1°TURNO	15-19 Giugno 2°TURNO	22-26 Giugno 3°TURNO	29 Giugno - 03 Luglio 4°TURNO	06-10 Luglio 5°TURNO	13-17 Luglio 6°TURNO
20-24 Luglio 7°TURNO	27-31 Luglio 8°TURNO	24-28 Agosto 9°TURNO	31 Agosto - 04 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 " ACQUA CAMP 2020 " che si svolge presso le piscine coperte di Via Villorosi 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) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

4) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 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 \_\_\_\_\_