

SCHEDA DI ISCRIZIONE

FOOTBALL CAMP

SUMMER 2024

QUINTO ROMANO

Cognome e nome del bambino/a _____

Cognome e nome del genitore _____

Indirizzo di residenza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Cellulare _____ Email _____

SETTIMANE

dal 10 al 14 giugno

dal 01 al 05 luglio

dal 22 al 26 luglio

dal 17 al 21 giugno

dal 08 al 12 luglio

dal 24 al 28 giugno

dal 15 al 19 luglio

SE TI ISCRIVI ENTRO IL 30 APRILE RICEVERAI UNA SCONTO DI 10€ SU OGNI SETTIMANA

QUOTE

1° settimana - 140,00 €

2° settimana - 130,00 €

Settimane successive - 120,00 €

Quota associativa - 25,00 €

DATI PER IL PAGAMENTO

Bonifico bancario

Beneficiario: ML Individual Training ASD

IBAN: IT42K0200801672000105065505

Causale: Camp Quinto - Cognome bimbo

LA QUOTA COMPRENDE: Kit allenamento, pasti, merende, piscina, assicurazione

GIORNATA TIPO

08:30 - 9:30 Accoglienza

09:30 - 11:00 Allenamento tecnico

11:00 - 11:30 Pausa e merenda

11:30 - 12:30 Allenamento tecnico

12:30 - 13:30 Pranzo

13:30 - 15:30 Giochi

15.30 - 17:15 Tornei e partite

17:15 - 17:45 Doccia

17:45 - 18:00 Merenda e uscita

DOCUMENTI NECESSARI PER PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE:

Scheda di iscrizione al camp, modulo di adesione all'associazione ML Individual Training ASD, certificato medico non agonistico in corso di validità, copia carta d'identità genitori ed eventuali deleghe per il ritiro del minore o per l'uscita autonoma.

IMPORTANTE:

il bambino soffre di allergie, intolleranze, patologie mediche o è soggetto a diete particolari?

SI \ NO

In caso affermativo specificare di seguito:

DATA ____ / ____ / ____

FIRMA _____

**MODULO DI ADESIONE
ALL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
ML INDIVIDUAL TRAINING**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome): _____
Nato/a a: _____ Prov: _____ Stato: _____ il ____/____/____
Residente in Via/Piazza: _____
Comune di: _____ CAP: _____ Prov: _____
Codice Fiscale: _____
Cellulare: _____ Email: _____

Chiede, in qualità di genitore e/o tutore legale, di iscrivere:

Nome e cognome minore: _____
Nato/a a: _____ Prov: _____ Stato: _____ il ____/____/____
Codice Fiscale: _____

Chiede di diventare associato della ML INDIVIDUAL TRAINING A.S.D. per l'anno 2024 versando la quota annuale di € 25,00 (comprensiva della copertura assicurativa CSAIn).

Dichiaro di aver preso visione e di accettare lo Statuto dell'Associazione, i Regolamenti nel caso di partecipazione a corsi eventualmente organizzati dall'Associazione e del codice etico; dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa sui dati personali e autorizzazione all'uso di immagini e del ritratto (riportate nella pagina successiva).

DATA ____/____/____

FIRMA _____

L'Associazione Sportiva Dilettantistica ML INDIVIDUAL TRAINING richiede obbligatoriamente, per lo svolgimento delle attività, un certificato medico di idoneità sportiva non agonistica rilasciato dal proprio medico di base, oppure di visita medica agonistica nel caso di partecipazione ad attività a carattere agonistico riconosciute (tornei, stage, corsi di formazione, ecc.)

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il consiglio direttivo accetta la richiesta sopra riportata e attribuisce al richiedente la qualifica di Associato con il seguente numero di tessera: _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a in relazione alla vigente normativa in materia di tutela dei dati personali (D.lgs 196/2003) autorizza espressamente l'Associazione al trattamento e/o utilizzo dei dati personali dell'associato per l'adempimento degli obblighi e della gestione sportiva ed istituzionale. Nei limiti strettamente necessari, i dati raccolti possono essere conosciuti dai dipendenti e collaboratori, in quanto incaricati, nonché comunicati a soggetti o Enti esclusivamente per finalità istituzionali e destinati ad essere archiviati. Il conferimento dei dati è necessario per il perfezionamento dell'iscrizione all'Associazione e per informarla in merito a prossime iniziative dell'Associazione, fino a sua esplicita opposizione inibitoria.

ATTO DI CONSENSO

Il sottoscritto, acquisite le informazioni del D.lgs. 196/2003, conferisce il consenso al trattamento dei dati personali dell'associato ai fini della gestione dell'attività dell'Associazione, vincolando comunque la stessa, al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

DATA ____/____/____

FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELLE IMMAGINI E DEL RITRATTO

Il/La sottoscritto/a prendo atto del fatto che nel corso delle varie attività dell'Associazione potranno essere realizzati dei filmati o riprese delle immagini fotografiche ove potrà essere presente l'immagine dell'associato singolarmente o insieme ad altri frequentatori delle varie attività. Tali immagini e filmati, nel rispetto della finalità divulgativa delle attività, potranno essere utilizzati dall'Associazione o dall'Ente che patrocina l'attività.

Autorizzo

Non Autorizzo

DATA ____/____/____

FIRMA _____

DELEGA USCITA MINORE ACCOMPAGNATO

MILANO, ____/____/____

CON LA PRESENTE IO SOTTOSCRITTO _____
GENITORE DEL MINORE _____
ISCRITTO REGOLARMENTE AL FOOTBALL CAMP SUMMER 2024 - QUINTO ROMANO

DELEGO

IL SIG./LA SIG.RA _____
A RITIRARE MIO FIGLIO/A ALL'USCITA DEL CENTRO SPORTIVO.

IN FEDE (Firma)

DELEGA USCITA MINORE SENZA ACCOMPAGNAMENTO

MILANO, _____

CON LA PRESENTE IO SOTTOSCRITTO _____
DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'
CHE MIO FIGLIO/A _____
ISCRITTO REGOLARMENTE AL FOOTBALL CAMP SUMMER 2024 - QUINTO ROMANO

E' AUTORIZZATO

AL TERMINE DELLA GIORNATA AD USCIRE LIBERAMENTE DAL CENTRO SPORTIVO NON
ACCOMPAGNATO/A.

IN FEDE (Firma)