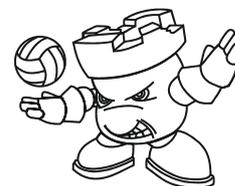




ASD PALLAVOLO AVIGLIANA



Modulo di iscrizione "VOLLEY ESTATE CAMP"

Dati del Ragazzo/a

Cognome			Nome		
Data di nascita	/ /	Comune di nascita			
Codice fiscale			Comune residenza		
Indirizzo				Cap	

Dati del genitore

Nome e cognome			Cellulare		
Nome e cognome			Cellulare		
e-mail					

Turni a cui intendo iscrivere mio figlio/a (N.B._indicare se mattino o pomeriggio solo in caso di scelta differente al tempo pieno)

<input type="checkbox"/> 1° Turno: 10/06 – 14/06	<input type="checkbox"/> mattino	<input type="checkbox"/> pomeriggio
<input type="checkbox"/> 2° Turno: 17/06 – 21/06	<input type="checkbox"/> mattino	<input type="checkbox"/> pomeriggio
<input type="checkbox"/> 3° Turno: 24/06 – 28/06	<input type="checkbox"/> mattino	<input type="checkbox"/> pomeriggio

Quote:

Quota di partecipazione settimanale	1° figlio/a	dal 2° figlio/a
1 settimana tempo pieno	€. 90.00	€. 80.00
2 settimane tempo pieno	€. 80.00	€. 70.00
3 settimane tempo pieno	€. 75.00	€. 65.00
½ giornata (mattino o pomeriggio)	€. 60.00	€. 55.00

€. 10.00 assicurazione (da aggiungere alla quota di partecipazione, solo se non tesserato con la nostra società o se non tesserato Uisp con altra società)

Suo figlio/a ha già praticato pallavolo? Si No - Se la risposta è "SI" a quale livello? Scolastico Agonistico

Allergie Alimentari: _____

Allergie ai farmaci: _____

Terapie in atto: _____

Persone delegate a prendere in uscita il partecipante: _____

ASSICURAZIONE: Dichiaro di accettare la polizza assicurativa e le convenzioni stipulate dall'organizzazione rinunciando a qualsiasi risarcimento di danni eccedenti i valori massimali in essa previsti.

DISCIPLINA: Dichiaro di accettare che ogni seria violazione alle regole del soggiorno, quali il danneggiamento delle strutture sportive e/o ricettive, o il mancato rispetto agli istruttori e agli animatori, o scherzi pericolosi ai compagni, comporta l'immediata espulsione dell'interessato che dovrà rifondere i danni eventualmente arrecati.

CERTIFICATO MEDICO: Ogni partecipante deve consegnare, prima dell'inizio del Centro Estivo, un certificato medico di sana e robusta costituzione ed un'eventuale dichiarazione firmata dai genitori riguardante allergie e medicinali. Saranno accettate anche fotocopie (i certificati consegnati all'organizzazione non verranno restituiti);

REGOLAMENTO CAMP: Dichiaro di aver preso atto del regolamento inserito sul sito della Pallavolo Avigliana (www.pallavoloavigliana.it) e di accettarne i contenuti.

Dichiaro di accettare che l'ASD PALLAVOLO AVIGLIANA si riserva il diritto di annullare il Camp in qualsiasi momento per causa di forza maggiore, senza altro obbligo oltre la tempestiva comunicazione agli iscritti e la relativa restituzione delle somme versate.

Con la presente dò il consenso al trattamento dei dati personali e l'Autorizzazione a pubblicare, sia in versione cartacea sia internet che su formato DVD o Cd-Rom, le eventuali immagini fotografiche e video del minore. Inviando la richiesta, ti informo che i dati personali saranno gestiti e conservati dal nostro staff che li utilizzerà per rispondere alle richieste e alle sue comunicazioni. In ottemperanza della legge 675/96 in materia di tutela dei dati personali, Le ricordo che potrà chiedere in ogni momento la cancellazione del suo nominativo dai nostri elenchi.

Data _____

Firma del genitore _____