

SG.Sport Arese Basket e Minibasket

www.sgsport.it/pallacanestro

Ritiro prestagionale Basket 2016: lun 29 agosto - ven 2 settembre

PER CHI?

- Scoiattoli (nati/e nel 2009-2010)
- Aquilotti (nati/e nel 2007-2008)
- Esordienti (nati/e nel 2005-2006)
- Under14 (nati/e nel 2003-2004)
- Under16 (nati/e nel 2001-2002 + 2000)
- Under18 (nati/e nel 1999-2000)



QUANDO?

- da **lunedì 29** agosto a **venerdì 2** settembre 2016

DOVE?

- al Cici.Sport, via dello Sport, 6, Arese (MI) - Centro Sportivo Davice Ancilotto

GIORNATA TIPO

- ore 8.00-9:00 entrata
- mattina: basket + merenda + preparazione atletica
- ore 12:30 pranzo
- pomeriggio: basket + piscina + merenda
- ore 17:00-18:00 uscita

QUANTO COSTA?

- La quota comprende l'utilizzo di tutte le strutture del Cici, il pranzo e due merende
- Prezzo totale € **155** entro **21/agosto/2016**.
- PAGAMENTO: in segreteria al Cici.

INFORMAZIONI

- SG.Sport Arese Basket - www.sgsport.it/pallacanestro - infobasket@sgsport.it
- Luca Morelli 320/0838376 – lucasergiomorelli@gmail.com

MODULO ISCRIZIONE

Ritiro Prestagionale Basket 2016

Io sottoscritto/a _____, chiedo di poter iscrivere mio/a figlio/a al Ritiro Prestagionale BASKET 2016.

<i>Dati Figlio/a</i>		
Cognome e Nome (completo):		
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Residente a:	Prov.	CAP:
Indirizzo:		
Codice Fiscale:		
Squadra (Scoiattoli, Aquilotti, Esord., U14, U16...):		
<i>Recapiti Telefonici</i>		
Tel. Casa:	Cell. ragazzo/a:	
Cell. Padre:	Cell. Madre:	
E-mail 1:	E-mail 2:	

SCHEDA MEDICA

MALATTIE ESANTEMATICHE

morbillo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	mononucleosi infettiva	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
parotite	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
rosolia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
scarlattina	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	asma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
varicella	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	celiachia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

ALLERGIE NO SI

se sì specificare _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI NO SI

se sì specificare _____

Dichiaro inoltre di conoscere e di accettare il regolamento del ritiro prestagionale basket.

Mi impegno a presentare, al momento del check-in:

- fotocopia del tesserino sanitario della propria regione e della carta d'identità
- fotocopia della vaccinazione antitetanica e relativi richiami
- certificato (originale rilasciato dal medico) attestante "stato di buona salute" per la pratica di attività sportive non agonistiche (per i minori di 11 anni) o certificato "idoneità alla pratica agonistica (per i maggiori di 10 anni)
- fornire il consenso e firma del modulo trattamento dati personali (che segue)
- in caso serva: compilazione modulo somministrazione farmaci (con prescrizione medica in allegato)

Firma _____

MODULO TRATTAMENTO DATI PERSONALI **Ritiro Prestagionale Basket 2016**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il mancato consenso al trattamento dati non consentirà l'accettazione della presente domanda.

Ai sensi del D.L. 196/03 la informiamo che, in caso di sua adesione, i suoi dati personali formeranno oggetto di trattamenti interni e potranno essere comunicati ad enti esterni (Federazioni ed Assicurazioni) per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo e dallo statuto.

Il trattamento dei dati avverrà tramite strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. Titolare del trattamento è il Presidente in carica dell'Associazione.

Il/la sottoscritto/a dà il consenso alla divulgazione dell'immagine del figlio/a in occasione di iniziative di promozione e di video/foto ricordo, ai sensi della legge n. 196/2003.

Dichiaro altresì di avere preso visione della nota informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, nonché di avere avuto conoscenza che i dati, da me conferiti, relativi allo stato di salute del socio hanno natura di dati sensibili; acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto associativo.

Do il consenso

Nego il consenso

Firma del richiedente _____

