

Enjoy Summer Camp 2016

Specializzazione BASKET

SG.Sport Arese – settore Pallacanestro
www.sgsport.it



PER CHI?

- Pulcini (nati/e nel 2009-2010)
- Scoiattoli (nati/e nel 2007-2008)
- Aquilotti (nati/e nel 2005-2006)
- Under13 (nati/e nel 2003-2004)
- Under15 (nati/e nel 2001-2002 + 2000)
- Under18 (nati/e nel 1999-2000)

QUANDO?

- da **domenica 26** giugno a **sabato 2** luglio 2016 (inizio allenamenti lunedì mattina)

DOVE?

- in Emilia-Romagna, a Salsomaggiore Terme (in provincia di Parma)
- distanza: 136 km – 1h e 34' (fonte [Google Maps Arese-Salsomaggiore Terme](#))

ARRIVI E PARTENZE

- i partecipanti dovranno presentarsi al Cici.Sport in viale dello Sport ad Arese domenica alle ore 13:30 e ritorneranno al Cici.Sport ad Arese sabato alle ore 17:00

GIORNATA TIPO

- ore 7.30 sveglia e ore 8.00 colazione
- ore 9.00 riunione tecnica (video)
- ore 10:00-12:00 attività campo basket (campo all'aperto o al coperto)
- ore 12.00 relax (in stanza per prepararsi) + ore 13.00 pranzo
- ore 15.00-17:00 attività campo basket (campo all'aperto o al coperto)
- ore 17:00-18:30 piscina
- 18:30 rientro hotel e doccia
- ore 19.30 cena
- ore 20:30 attività / uscita serale
- ore 23.00 in stanza e buonanotte

QUANTO COSTA?

- La quota comprende: trasporto A/R in pullman, accesso al campo da basket (coperto e scoperto), assicurazione, ingresso in piscina per tutti i pomeriggi, trattamento di pensione completa albergo *** 3 stelle.
- PAGAMENTO: in segreteria al Cici. Prezzo totale € 510 **entro 31/maggio/2016.**

Informazioni:

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

5g.sport CAMP ESTIVO PALLACANESTRO

MODULO ISCRIZIONE Enjoy Summer Camp 2016

Io sottoscritto/a _____, chiedo di poter iscrivere mio/a figlio/a all'Enjoy Summer Camp 2016 - specializzazione BASKET.

<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, U13, U15...):		
<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 camp.

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) e certificato "agonistico" (per 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 _____

5g.sport CAMP ESTIVO PALLACANESTRO

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 _____