



DATI PARTECIPANTE (BAMBINO)

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE CITTA', VIA, NUMERO	
TELEFONO - EMAIL	
CODICE FISCALE	

RECAPITI TELEFONICI DURANTE IL CAMP ESTIVO

MAMMA	
PAPA'	
ALTRI NUMERI (SPECIFICARE DI CHI)	
EVENTUALI SEGNALAZIONI	

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____

frequentante il **Campus Triathlon dal 01 al 07 Luglio 2019 al Centro Sportivo Ampezzano – Ampezzo (UD)**

Autorizzo

mio/a figlio/a a partecipare alle attività previste durante lo svolgimento del Camp, sotto la sorveglianza di personale qualificato.

CERTIFICO

sotto la mia responsabilità, l'idonea costituzione fisica di mio figlio/a, che - per quanto a mia conoscenza e per quanto risultante dalle visite mediche a cui fino a oggi si è sottoposto/a - non soffre di alcuna forma di malattia, invalidità, allergia o intolleranza che possano impedire o sconsigliare attività sportive non agonistiche, in particolare il nuoto, uso bicicletta o corsa.

DICHIARO altresì

di aver consegnato il certificato medico di idoneità alla pratica sportiva di mio figlio/a.

_____, li _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

genitore del minore

autorizza i responsabili di "Campus Triathlon" al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 23 e 26 del Decreto Legislativo n. 196 del 2003, per gli scopi previsti dalla legge e nel rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

CONSENSO ALL'USO DELLE IMMAGINI

Si informano i genitori che durante le attività quotidiane del Camp Estivo possono essere scattate foto, funzionali alla documentazione delle attività svolte.

Cedo a titolo gratuito, al Comitato F.I.Tri FVG e ai suoi aventi causa, il diritto di utilizzare immagini filmate e/o fotografie di mio/a figlio/a nell'ambito di filmati, stampati o del sito internet e pagina Facebook del Comitato F.I.Tri FVG, aventi scopi informativi e pubblicitari relativi al Camp Estivo o a quanto dalla stessa organizzato.

Udine, li _____

Firma _____

ALLERGIE, INTOLLERANZE, PATOLOGIE

Nel caso in cui il minore soffra di intolleranze, allergie e patologie di qualunque tipo, si prega di segnalarlo mediante descrizione dettagliata su questo modulo, con l'aggiunta di tutte le informazioni che possano esserci utili.

Allergie ad alimenti/insetti/vegetali/altro

Intolleranze e/o patologie

Ulteriori informazioni utili

- _____, li _____

Firma _____