



SUMMER SPORT - MODULO ISCRIZIONE - Anno 2024

(DATI DEL RAGAZZO)

Cognome: _____

Nome: _____

Nato il: _____ Età (anni compiuti) _____ A: _____

Residente a: _____ in via: _____

(Dati genitore)

Cognome: _____

Nome: _____

E-mail: _____ tel.: _____

Chiede di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al summer sport nella/e settimana/e:

SETTIMANA	ACCONTO (€)	QUOTA SETTIMANA/E (€)	Acconto restituito il (data)	Annullata il (data)

C.M. ()
Q.A.: () pagata il _____

Segnalare:

COSTO SINGOLO PASTO: 6,82€ - Intolleranze e/o allergie alimentari/a farmaci/allergie in genere:

ALLEGO CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.

Autorizzo con la presente la SPM SPORT SSD al trattamento dei miei dati personali ai fini istituzionali. Non è prevista diffusione o comunicazione a terzi, in conformità alla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali.

Liberatoria:

Durante la permanenza nel centro sportivo verranno effettuati servizi fotografici e riprese dei partecipanti e delle attività proposte per fini storici, didattici e pubblicitari. Tali foto e filmati saranno utilizzati per dei video e per la preparazione di pagine pubblicitarie e delle brochure degli anni successivi. In qualità di genitore o di genitore affidatario dichiaro di aver preso visione della **liberatoria** su indicata ed esprimo il libero e informato consenso.

Luogo e data: _____

Firma _____

MENSA:

SETTIMANA	N° PASTI	QUOTA	DATA PAGAMENTO	NOTE