

AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a (indicare nome e cognome del genitore o tutore legale):

Genitore/tutore legale di (indicare il nome del minore):

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N 445 DEL 28.12.2000 CHE MIO/A FIGLIO/A

NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO)

È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da:

- Operatore ULSS
- Insegnante di sostegno

Manifesta particolari patologie:

- problemi cardiaci
- problemi respiratori (es. asma bronchiale)
- problemi osteo-muscolari
- problemi motori
- diabete
- problemi osteo-muscolari
- altro

Specificare il tipo di problema:

Ha le seguenti allergie non alimentari:

- Farmaci (specificare)
- Punture d'insetti (specificare)
- Altro (specificare)

RICHIESTA DI DIETA SPECIFICA PER ALLERGIE (DEVE ESSERE CORREDATA DA CERTIFICATO MEDICO) O MOTIVAZIONI ETICO-RELIGIOSE

Ha le seguenti allergie o intolleranze alimentari:

Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi:

Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza. **Allegare certificato medico e istruzioni relative alla posologia**

Data ____/____/____

Firma del genitore o tutore legale _____

TARIFE SETTIMANALI:

€ 70,00 fino alle 12.30 senza pasto
€ 80,00 fino alle 14.00 con il pasto
€ 100,00 fino alle 16.00 con il pasto

NOTE:

-Quota iscrizione obbligatoria € 10,00
-Sconto € 5,00/settimana sui fratelli che frequentano la stessa settimana.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Il pagamento della prima settimana (o di tutte le settimane in un'unica soluzione) dovrà essere effettuato entro giovedì 19 giugno 2024. Per chi entro il 19 giugno effettuerà il pagamento di solamente la prima settimana, i rinnovi delle successive settimane andranno effettuati entro il giovedì della settimana precedente alla frequenza.

-Tramite bonifico bancario:

Intestazione a: ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA LAGOM
IBAN: IT65F0306909606100000162297
Causale: CRE [NOME BAMBINO] [PERIODO PRESCELTO] [CENTRO ESTIVO SPORTIVO VIGONZA]

FAI UNA FOTO COME
PROMEMORIA PERCHE'
POI IL MODULO LO
CONSEGNERAI

DOMANDA DI TESSERAMENTO

RISERVATO ALLA SEGRETERIA DELL'ASSOCIAZIONE

TESSERA n°	DATA SCADENZA TESSERA	ANNO SPORTIVO
		2024-2025

PER IL NUOVO ISCRITTO DA COMPILARE IN STAMPATELLO:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___

residente a _____ provincia _____ CAP _____

via/Piazza _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____

e-mail _____ (obbligatoria per tutte le comunicazioni)

per conto proprio in qualità di genitore per

cognome e nome figlio/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___

residente a _____ provincia _____ CAP _____

via/Piazza _____ n. _____

C.F. _____

CHIEDE

per mezzo dell'Associazione Lagom, con la firma della presente, di essere ammesso/a in qualità di tesserato AICS Ente Nazionale di Promozione Sportiva riconosciuta dal Ministero degli Interni, del Lavoro, delle Politiche Sociali e dal C.O.N.I., e di poter partecipare alle attività dell'Associazione Lagom

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi a seconda dell'attività svolta ed alle modalità prescelte;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita ai sensi del reg. EU 679/2016.

Firma per accettazione _____

(Firma del genitore o di chi ne esercita patria potestà)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (TRATTAMENTO DATI PERSONALI)

(Informativa di cui all'art. 13-14 del Regolamento UE 679/2016 (General Data Protection Regulation))

In relazione all'informativa che mi è stata fornita ai sensi dell'art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, prendo atto che l'ammissione a socio dell'Associazione e la qualifica di socio della stessa richiede, oltre che il trattamento dei miei dati personali da parte dell'Associazione per la realizzazione delle attività strumentali e la realizzazione delle finalità istituzionali, anche la loro comunicazione alle seguenti categorie di soggetti per il relativo trattamento:

- Ente di Promozione sportiva di appartenenza, società che svolgono attività di elaborazione dati, contabilità, archiviazione, compagnie assicurative per la polizza infortuni dei soci;
- Studi di commercialisti che svolgono attività di assistenza e di consulenza all'Associazione.

Pertanto, per quanto riguarda il trattamento, da parte dell'Associazione o dei predetti soggetti, dei miei dati ai fini della mia ammissione a socio e della conseguente qualifica di socio, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per la specifica finalità perseguita dall'operazione da me effettuata e consapevole che, il mancato consenso non consentirà all'Associazione di dare esecuzione alle operazioni conseguenti alla mia ammissione a socio, do il consenso.

Firma per accettazione _____

(Firma del genitore o di chi ne esercita patria potestà)

DELEGA PER LA CONSEGNA DEL MINORE

CENTRO ESTIVO SPORTIVO ESTATE 2025

VALIDITA' DELL DELEGA:

- SOLO PER IL GIORNO _____ ALLE ORE _____
- DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____
- PER TUTTO IL CENTRO ESTIVO 2024

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DI _____

AUTORIZZA

GLI OPERATORI DELL'ASSOCIAZIONE LAGOM A CONSEGNARE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A A:

A _____ TIPO DOCUMENTO _____

N° DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

A _____ TIPO DOCUMENTO _____

N° DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

A _____ TIPO DOCUMENTO _____

N° DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

A _____ TIPO DOCUMENTO _____

N° DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

A _____ TIPO DOCUMENTO _____

N° DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

(I MINORI DI ANNI 18 NON POTRANNO ESSERE PER NESSUNA RAGIONE DELEGATI AL RITIRO DEI BAMBINI NEMMENO SE FRATELLI O SORELLE)

ESONERANDO L'ASSOCIAZIONE LAGOM, NELLA PERSONA DEGLI OPERATORI, DA QUALUNQUE RESPONSABILITA'

LUOGO E DATA

FIRMA
