



ARIAL GYMNASIUM SSD .
 società sportiva dilettantistica a.r.l.
 CODICE FISCALE E PARTITA IVA: 03878050248
 VIA DEGLI EROI, 55
 36050 QUINTO VIC.NO (VI)
 TELEFONO: 331.95.95.912

DOMANDA DI ISCRIZIONE E TESSERAMENTO PER LA PARTECIPAZIONE AL CENTRO ESTIVO SPORTIVO "HAPPY CAMP"

DATI DEL MINORE FREQUENTANTE:

Cognome..... nome

nato/ail

residente in via..... n°.....

città cap..... prov.....

classe appena frequentata.....

tel. genitore (numeri leggibili)

mail genitore (OBBLIGATORIA SCRIVERE IN MAIUSCOLO LEGGIBILE):.....

- OPZIONE PART-TIME ORARIO MATTINA dalle ore 7.30/9.00 alle ore 12.30/13.00
- OPZIONE TEMPO PIENO dalle ore 7.30/9.00 alle ore 16.30/17.00

SETTIMANE HAPPY CAMP:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1° 8 - 12 GIUGNO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 2° 15 - 19 GIUGNO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 3° 22 - 26 GIUGNO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 4° 29 - 3 LUGLIO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 5° 6 - 10 LUGLIO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 6° 13- 17 LUGLIO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 7° 20 - 24 LUGLIO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 8° 27 - 31 LUGLIO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 9° 3 - 7 AGOSTO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 10° 10 - 14 AGOSTO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 11° 17 - 21 AGOSTO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 12° 24 - 28 AGOSTO | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |
| <input type="checkbox"/> 13° 31 - 4 SETTEMBRE | <input type="checkbox"/> PART-TIME | <input type="checkbox"/> FULL TIME |

CERTIFICAZIONE MEDICA DILETTANTISTICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a sugli obblighi relativi all'attuale normativa vigente in merito all'idoneità medica per le attività sportive dilettantistiche NON AGONISTICHE e pertanto:

- Sotto la propria responsabilità dichiara di essere in possesso di un certificato medico di idoneità per la pratica sportiva dilettantistica non agonistica, eseguito entro i 12 mesi dalla data odierna, e che provvederà a consegnare lo stesso ad ARIAL GYMNASIUM SSD a.r.l. In ottemperanza dell'attuale normativa
- Dichiara di effettuare al più presto, tramite il proprio medico curante di medicina generale o altro medico autorizzato, il certificato di idoneità alla pratica sportiva dilettantistica non agonistica (da consegnare successivamente ad ARIAL GYMNASIUM SSD a.r.l. consapevole che fino a tale data, pur avendo libero accesso all'impianto sportivo, non può svolgere alcuna attività dilettantistica sportiva, ma esclusivamente ludico-ricreativa/motoria e le attività didattiche ed informativa.

Il..... data.....

Firma del Padre/Madre o di chi ne fa le veci, in caso di minorenni.....