



“E..STATE CON NOI”2026

Nome.....Cognome.....nato/a.....il.....
C.F.....

DISABILITA' SI – NO (LEGGE 104)

Residente a.....in via..... **PULMINO[SI] [NO]**
Dati genitore per ricevuta:nome.....cognome.....C.F.....
..... N.CELLULARE.....MAIL.....

ISCRIZIONE E PAGAMENTO MESE DI GIUGNO ENTRO IL 31 MAGGIO

- Settimana1 08-12giu
- Settimana2 15-19giu
- Settimana3 22-26giu

ISCRIZIONE E PAGAMENTO MESE DI LUGLIO/AGOSTO ENTRO IL 25 GIUGNO

- Settimana4 29giu-03lug
- Settimana5 06-10lug
- Settimana6 13-17lug
- Settimana7 20-24lug
- Settimana8 27-31lug
- Settimana 9 03-07ago

- ORARIO INGRESSO 7:45 - USCITA 13:00

- Non è possibile recuperare i giorni di assenza, a meno di malessere prolungato.
- Il costo per l'assicurazione di euro 10.00, da saldare solamente all'inizio al momento dell'iscrizione, vale per tutta l'estate.
- Il costo per ogni settimana è di euro 55.00 e comprende tutte le attività svolte sia presso gli impianti sportivi che in piscina.

BONIFICO A: ASD ALTA VALCONCA: IBAN IT91R0709067990024010172177 Causale nome, cognome e settimana mese.

- La merenda e acqua vanno portate da casa.

 **PER ISCRIZIONE INVIARE SCHEDA TRAMITE WhatsApp solo a Tania 3398642985**

OPPURE MAIL asdaltavalconca@gmail.com

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e dell'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto pertanto il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi della legge sulla privacy.

FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

FIRMA _____ SI _____ NO

SEGNALAZIONI SANITARIE E ALIMENTARI:

-ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI _____

-MEDICINALI/CURE _____

TAGLIA MAGLIETTA COMPRESA NELLA QUOTA:

L M S XS 2XS 3XS