

ATLETICA MONDOVI

Pista Atletica Loc. Beila

Via Conti di Sambuy 10 – 12084 Mondovì (CN)

www.atleticamondovi.net mail: segreteria@atleticamondovi.net

C.F. e P.IVA 02317800049

socio N.° _____

G
E
N
I
T
O
R
E

Il/la sottoscritto/a

nato/a a .. il

residente a prov. cap.

in via/piazza n° tel. cell.

e-mail C.F.

M
I
N
O
R
E
N
N
Enella qualità di **genitore** del/della minore

Cognome

nome

nato/a il

nazionalità..... cod. fiscale

residente a prov. cap.

in via/piazza n° tel. cell.

e-mail:.....

CHIEDE ALL'ASD ATLETICA MONDOVI' DI AMMETTERE IL/LA FIGLIO/A MINOREcome **socio ordinario dell'ASD Atletica Mondovì**, per svolgere l'attività di:☐ Atletica leggera☐ Athletics Camp☐ Altra Attività

Dichiara inoltre di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento, consultabili in sede o sul sito, e di accettarne il contenuto. La società ricorda che per l'attività di atletica leggera è **obbligatoria la certificazione medica** consegnata in originale, e che **gli atleti non sono autorizzati a partecipare a gare senza essere in regola con le norme sanitarie.**

Mondovì, _____ FIRMA (entrambi genitori).....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIGUARDANTI L'ASSOCIAZIONE SPORTIVA/SOCIO

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 all'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.

E CONSENSO AD USO COMMERCIALE (INFORMATIVE VIA WEB)**SI'****NO**

Mondovì, _____ FIRMA (entrambi genitori).....

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.

Mondovì, _____ FIRMA (entrambi genitori).....

Associazione Sportiva Dilettantistica

ATLETICA MONDOVÌ

Pista Atletica Loc. Beila

Via Conti di Sambuy 10 – 12084 Mondovì (CN)

www.atleticamondovi.net mail: segreteria@atleticamondovi.net

C.F. e P.IVA 02317800049

CHIEDE CHE MIO FIGLIO/A POSSA PARTECIPARE ALL' "ATHLETICS CAMP 2016"

1° Turno – dal 13/06 al 17/06	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2° Turno – dal 20/06 al 24/06	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3° Turno – dal 27/06 al 01/07	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4° Turno – dal 04/07 al 08/07	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5° Turno – dal 11/17 al 15/07 *	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6° Turno – dal 18/17 al 22/07 *	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7° Turno – dal 25/17 al 29/07 *	A	B	C	D	mensa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

PROMO

Pacchetto 4 settimane (solo per opzione A con pranzo) SI ☐ NO ☐

Pacchetto 3 settimane (* solo per opzione A con pranzo) SI ☐ NO ☐

Sconto 10% tesserati A.S.D. Atletica Mondovì SI ☐ NO ☐

Sconto fratelli (solo per opzione A con pranzo) SI ☐ NO ☐

* se si raggiunge la quota minima di iscritti

TOTALE: euro _____

Dichiaro che

Mio figlio utilizzerà il servizio "mensa" ad esclusione della giornata in piscina.

E' allergico/intollerante a: _____

Mio figlio verrà portato alle ore _____ e verrà prelevato alle ore _____

In mia assenza mio figlio potrà essere prelevato da: (dati identificativi - recapito):

Sono a Conoscenza che mio Figlio/a è affetto da: (segnalare anche eventuali allergie) :

Mio figlio/a è in grado ☐ / non è in grado ☐ di nuotare

Mi impegno a presentare un certificato medico valido al momento dell'iscrizione (anche certificato per attività NON agonistica).

Associazione Sportiva Dilettantistica

ATLETICA MONDOVÌ

Pista Atletica Loc. Beila

Via Conti di Sambuy 10 – 12084 Mondovì (CN)

www.atleticamondovi.net mail: segreteria@atleticamondovi.net

C.F. e P.IVA 02317800049

Sono a conoscenza che l'assenza al campus, per qualsiasi motivo, non dà diritto ad eventuale rimborso della somma versata e che dovrò versare l'intera somma prevista per la partecipazione all'inizio del campus stesso tramite:

- **Preferibile - Direttamente allo sportello** della BAM Piazza Montereale
- Bonifico Bancario su c/c intestato a ASD ATLETICA MONDOVÌ codice Iban: IT40T0845046481000100104436 (BAM Filiale di Mondovì Piazza Montereale)
- Assegno Bancario NON trasferibile intestato a A.S.D. ATLETICA MONDOVÌ
- **Per motivi contabili/fiscali NON è accettato il pagamento in contanti**


Nella causale del pagamento indicare il nome del partecipante e il/i turno/i per i quali si effettua il versamento.

Con la presente autorizzo la società A.S.D. ATLETICA MONDOVÌ a fare foto durante l' "Athletics Camp" ed eventualmente autorizzare la pubblicazione delle stesse sui giornali locali o sul sito www.atleticamondovi.net .

Con la presente, sollevo inoltre la società da ogni responsabilità per lo smarrimento/furto di soldi, oggetti di valore lasciati incustoditi presso la pista, i locali spogliatoi o altre strutture (palestre, impianti sportivi,...)

Con la presente, accetto in modo espresso, quanto previsto dallo Statuto Federale FIDAL e dei Regolamenti emanati dalla FIDAL (Federazione Italiana di Atletica Leggera) e quelli della IAAF.

Dichiaro inoltre che rispetterò le norme Statali e del CONI in materia sanitaria delle attività sportive e le Norme Antidoping.

Mondovì, FIRMA (entrambi genitori)..... 

Note relative al tesseramento:

- **il tesseramento relativo alla stagione 2015/2016 è VALIDO fino al 30 di Settembre 2016**
- **Allego certificato medico per Attività Sportiva Non Agonistica**

SPAZIO RISERVATO ALL' A.S.D. ATLETICA MONDOVÌ

SOCIO NR.....

DAL:.....

CATEGORIA FIDAL: ESORDIENTI

NR. TESSERA FIDAL:.....

SCADENZA VISITA MEDICA:.....