

MODULO DI TESSERAMENTO

Inserire i dati completi sul sito, iniziando dal genitore che poi aggiunge i figli alla propria registrazione. Verificare per dettagli la lettera "Cari Genitori".

DATI DEL TESSERATO RICHIEDENTE:

Cognome: Nome:
nato/a a: Pr.: IL:
Cellulare.: Tel.:
Codice Fiscale: E-mail

DATI DEL GENITORE:

Cognome: Nome:
nato/a a: Pr. IL:

In qualità di richiedente, o di genitore (o chi ne fa le veci) chiedo al Consiglio Direttivo di iscrivere il tesserato sopra indicato, richiedente per l'anno:

Già tesserato anno precedente?

☐ SI☐ NO

Prenotazione Settimane

- | | | | |
|----------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| 1 ☐ | 15/06 - 19/06 | 7 ☐ | 27/07 - 31/07 |
| 2 ☐ | 22/06 - 26/06 | 8 ☐ | 03/08 - 07/08 |
| 3 ☐ | 29/06 - 03/07 | 9 ☐ | 17/08 - 21/08 |
| 4 ☐ | 06/07 - 10/07 | 10 ☐ | 24/08 - 28/08 |
| 5 ☐ | 13/07 - 17/07 | 11 ☐ | 31/08 - 04/09 |
| 6 ☐ | 20/07 - 24/07 | 12 ☐ | 07/09 - 11/09 |

NOTE MEDICO SPORTIVE

Autorizzo il Minore a svolgere tutte le attività sportive proposte dal Centro:

Necessita di Bracciali e/o Ciambella?

☐ SI☐ NO

Nuota in modo autonomo nell'acqua alta e sa stare a galla?

☐ SI☐ NO

Segnalare eventuali attività sportive non praticabili:

Soffre di Allergie, Intolleranze Alimentari? Specificare quali:

Deve sottostare a restrizioni dietetiche? Specificare quali:

Soffre di Epistassi, Astenia? Specificare quali:

Durante l'attività scolastica è seguito da un insegnante di sostegno:

☐ SI☐ NO

Informazioni Utili in caso di intervento primo soccorso/112:

Eventuali Traumi cranici, perdite di conoscenza, Crisi Epilettiche, Asma, Diabete, Allergie a Medicinali? Specificare quali?

CONTATTO IN CASO DI EMERGENZA:

Data:

Firma del genitore o del responsabile del minore