



8° CAMP SPORTIVO scheda di iscrizione

Da compilare, ritagliare e consegnare
entro e non oltre il 20 Maggio a:
ASD TEAM FIDENZA - Via XXV Aprile 36 - Tel: 0524 201 000

TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE
DELLE IMMAGINI, NOMI E VOCI DEI MINORI.

(D.Lgs. 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali")

il Sottoscritto: _____
nato a: _____
il: _____ Residente a: _____
Indirizzo: _____
Cod Fisc.: _____
Recapito Tel.: _____
Email: _____

in qualità di genitore del minore:

Cognome - Nome: _____
Cod. Fisc.: _____
Nato a: _____ il: _____
Cittadinanza: _____

dichiara di volerlo iscrivere al

8° TEAM FIDENZA CAMP 2023

nei seguenti turni settimanali:

- 12 - 16 Giugno 2023
- 19 - 23 Giugno 2023

INDICARE TAGLIA ATLETA:

- XXS (6 - 8 anni)
 - XS (9 - 11 anni)
 - S (12 - 13 anni)
- La fascia di età relativa alla taglia è indicativa, è possibile indicare una taglia diversa indipendentemente dall'età dell'atleta.

Firma: _____

il/la Sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____

il: _____ Residente a: _____

Indirizzo: _____

il/la Sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____

il: _____ Residente a: _____

Indirizzo: _____

In qualità di genitori dell'atleta:

.....

AUTORIZZIAMO

la società sportiva dilettantistica Team Fidenza a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, il materiale realizzato a scopo educativo-didattico, e contenente nome, immagini e voce di nostro figlio.

DICHIARIAMO

di essere consapevoli che le società sportive dilettantistiche non trarranno alcun guadagno economico da tale divulgazione.

RENDIAMO NOTO CHE IL RAGAZZO SOFFRE DI:

Allergie: _____

Intolleranze: _____

Data: _____

Firma dei genitori dell'atleta (o di chi ne fa le veci):



SCHEMA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità – nationality
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	Codice Fiscale: AUsl

VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE

V A C C I N A T I O N s - P R E V I O U s D I s E A s E s

Difterite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Diphtheria		No <input type="checkbox"/>		
Tetano	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Tetanus		No <input type="checkbox"/>		
Poliomielite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Poliomyelitis		No <input type="checkbox"/>		
Epatite B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Hepatitis B		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pertosse	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pertussis		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Emofilo b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Haemophilus b		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Morbillo	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Measles		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Parotite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Mumps		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Rosolia	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Rubella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Varicella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pneumococco	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pneumococcal		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Meningococco C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Meningococcal C		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale signature of the person exercising parental authority
