|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unione Sportiva ACLI  Ente di Promozione Sportiva  Riconosciuto dal CONI, art. 31  D.P.R. 530 del 2-8-1974 |  | *SELVINO CAMP*  *02-08 luglio 2017* |

***US ACLI***

**SCHEDA DI PARTECIPAZIONE**

**L'inizio di quest'avventura in pochi semplici passi...**

**Step 1:**  
**Compilare il modulo d’iscrizione** al campus in ogni sua parte e consegnarlo alla segreteria Us Acli Milano oppure inviarlo via e-mail all’indirizzo segreteria@usaclimi.it o via fax al numero 02.32.06.66.78 **entro il 30/04/2017**

**Step 2:**  
Insieme al modulo di iscrizione effettuare il pagamento della **caparra di 210.00 € entro il 30/04/2017** attraverso:

Rimessa diretta (contanti/assegno) - dal Lunedì al Venerdi dalle 10.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 c/o la Segreteria Provinciale Us Acli Milano di Via San Giovanni in Conca snc (traversa di via della Signora)

Bonifico bancario intestato a US ACLI MILANO - IBAN IT14Y0521601631000000001020

Banca di Credito Valtellinese   
Causale: SELVINO CAMP BASKET/CALCIO 2017 “nominativo iscritto”

Inviare cortesemente copia del bonifico effettuato via e-mail o fax

**Step 3:**  
**Effettuare il pagamento del saldo di 210.00 € (per il basket) entro il 31/05/2017** e in caso di pagamento a mezzo bonifico inviare via fax copia della distinta del bonifico effettuato al numero 02.32.06.66.78, precisando causale, nome, cognome e codice fiscale dell’ordinante del bonifico e nome e cognome del bambino iscritto.

**SEZIONE ANAGRAFICA – CONTATTI**

**DATI ISCRITTO:**

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RIFERIMENTI E CONTATTI per COMUNICAZIONI ED URGENZE:**Telefono fisso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ utilizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PAGAMENTO:**

Effettuato tramite: casella Assegno casella Contanti casella Bonifico

casella CAPARRA: 210.00 € *(la caparra non è in alcun caso rimborsabile a meno che non sia l’organizzazione stessa a dover annullare il campo per motivi indipendenti dalla propria volontà)*

casella QUOTA INTERA:

casella QUOTA RIDOTTA TESSERATI:

casella QUOTA FRATELLI (dal secondo iscritto):

*Categorie con convenzioni:*

Per i tesserati sconto di 20 € sul costo del campus

casella Tesserato ACLI (figlio o genitore) casella Tesserato Us Acli (figlio o genitore)   
Nominativo Tesserato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° tessera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

casella Offerta famiglia: sconto di 20 € a partire dal secondo fratello/sorella del’iscritto (indicare nominativo fratello/sorella): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISCIPLINA SPORTIVA

casella BASKET (TOTALE QUOTA 420,00 €)

casella CALCIO (TOTALE QUOTA 420,00 €)

**SEZIONE MEDICA**

Nome del medico di famiglia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono del medico di famiglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergie generali (asma, acari, piante, insetti…) Sì casella    No casella**

se sì indicare a cosa ed indicare farmaci eventuali da somministrare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergie a farmaci Sì casella    No casella**

se sì indicare a cosa ed indicare farmaci eventuali da somministrare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Intolleranze alimentari   Sì casella    No casella**

se sì indicare a cosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmaci presi quotidianamente (antibiotici, antistaminici…) o in caso di emergenza (Ventolin…) ?**

Sì casella    No casella

se sì indicare posologia e orari

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaccinazioni effettuate:**

Antipolio data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antidifterica data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antivaiolosa data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antipertossica data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antiepatite B data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antitetanica data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Malattie infettive avute in passato:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Difetti congeniti:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altre informazioni mediche necessarie per una migliore gestione dell’iscritto (terapie specifiche…)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE IMPORTANTI:**

*Allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)*

*Se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti o altre terapie in corso, specificare se i farmaci sono in possesso del partecipante e indicando anche la posologia*

**FIRME PER AUTORIZZAZIONI:**

Le firme apposte sulla Scheda di Adesione comportano la lettura e la comprensione di quanto qui indicato, nonché la conferma di volervisi attenere:   
"Chiedo che mio/a figlio/a, partecipi a SELVINO BASKET CAMP esonerando gli Enti organizzatori da qualunque responsabilità in relazione ai danni alla persona o a cose che dovessero essere provocati da mio/a figlio/a durante lo svolgimento di SELVINO BASKET CAMP, salvo quanto specificato dall’art. 2048 del codice civile”.

Firma del genitore (o del tutore legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma obbligatoria)

**Autorizzazione PRIVACY E ASSICURAZIONE:** Ai sensi del decreto legge N. 196 del 30/06/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche autorizzo al trattamento dei dati forniti, indicando che gli stessi dovranno essere trattati con criteri e sistemi a norma di legge, atti a garantire la loro riservatezza e sicurezza, relativamente allo svolgimento di SELVINO BASKET CAMP e che potranno essere comunicati a terzi (assicurazione, assistenza sanitaria…) allo stesso fine (ex art.13 della legge citata). Costituisce suo diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati, chiederne l'aggiornamento, la rettifica e la cancellazione.

La copertura assicurativa sarà garantita tramite il tesseramento del bambino all’ US Acli. La tipologia di tessera sarà la copertura base. Informazioni sulla polizza all’indirizzo internet [www.usacli.org](http://www.usacli.org) – sezione assicurazione. Dichiaro di aver preso visione della copertura e di accettarla.

Firma del genitore (o del tutore legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma obbligatoria)

Se desiderato è possibile ampliare le condizioni della copertura assicurativa tramite una integrazione.

**Autorizzazione MATERIALE AUDIO VIDEO:** Gli organizzatori intendono utilizzare le fotografie eventualmente scattate nel corso delle attività ricreative da essa organizzate, per documentare o promuovere le sue iniziative attraverso il proprio sito web ed eventuali pubblicazioni cartacee, stampe ecc. In considerazione del fatto che tali fotografie ritraggono anche i minori presenti, si chiede ai genitori degli stessi l’autorizzazione al loro utilizzo per gli scopi detti

Firma del genitore (o del tutore legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma facoltativa)