|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unione Sportiva ACLIEnte di Promozione SportivaRiconosciuto dal CONI, art. 31D.P.R. 530 del 2-8-1974 |  | *SELVINO CAMP**Dal 30 giugno* *al 06 luglio 2019* |

***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 10/04/2019**

**Step 2:**
Insieme al modulo di iscrizione effettuare il pagamento della **caparra di 210.00 € entro il 10/04/2019** 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 **Unione Sportiva Acli  IBAN: IT97N0503401701000000019901**

**Banco BPM**Causale: SELVINO CAMP BASKET/CALCIO 2019 “nominativo iscritto”

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

**Step 3:**
**Effettuare il pagamento del saldo di 220.00 € (per il basket) entro il 31/05/2019** 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:  Assegno  Contanti  Bonifico

 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)*

 QUOTA INTERA:

 QUOTA RIDOTTA TESSERATI:

 QUOTA FRATELLI (dal secondo iscritto):

*Categorie con convenzioni:*

Per i tesserati sconto di 20 € sul costo del campus

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

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

DISCIPLINA SPORTIVA

 BASKET (TOTALE QUOTA 430,00 €)

**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     No **

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

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

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

**Allergie a farmaci Sì     No **

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

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

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

**Intolleranze alimentari   Sì     No **

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

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

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

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

 Sì     No 

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:** Il sottoscritto dichiara di autorizzare l’US ACLI, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, in particolare dei principi di cui all’art. 5 dello stesso, a trattare i propri dati personali (raccogliere, registrare, organizzare, elaborare e conservare) relativamente allo svolgimento di SELVINO BASKET CAMP e che potranno essere comunicati a terzi (assicurazione, assistenza sanitaria…)

La copertura assicurativa sarà garantita tramite il tesseramento del bambino all’ US Acli. La tipologia di tessera sarà la copertura silver 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)