



sottoscrizione n° _____
data _____
sigla _____

CENTRI ESTIVI 2021

Io sottoscritto _____ chiedo l'iscrizione
di mio figlio/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente nel Comune di _____
in via/p.za _____ CAP _____
Telefono _____ cell _____ cell _____
email _____

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità che mio figlio/a è in regola con tutte le vaccinazioni e che risulta fisicamente idoneo alla pratica del tennis a seguito di adeguata visita medica fatta eseguire a propria cura. Dichiaro di esonerare l'Associazione Sportiva Tennis San Marco Vecchio e i suoi collaboratori da ogni responsabilità per eventuali danni che il familiare dovesse subire per fatti non provenienti dagli impianti sportivi e/o al di fuori dell'attività e dell'orario del centro estivo

FIRMA _____

Dichiaro inoltre, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96 (leg. sull'privacy) di essere informato riguardo al fatto che i dati di mio/a figlio/a sono raccolti e conservati per gli adempimenti connessi all'attività del circolo; detti dati verranno trattati con la massima riservatezza e verranno comunicati esclusivamente nell'ambito di finalità interne, con l'esclusione di qualsiasi diffusione e comunicazione a soggetti terzi se non con il mio espresso consenso come prescritto dall'art. 20 comma 1 lett. A della legge; in relazione al trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a posso esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge.

FIRMA _____

firenze il _____

n.	data settimana	barrare x	EURO
1	14 GIUGNO – 18 GIUGNO		
2	21 GIUGNO – 25 GIUGNO		
3	28 GIUGNO – 2 LUGLIO		
4	5 LUGLIO – 9 LUGLIO		
5	12 LUGLIO – 16 LUGLIO		
6	19 LUGLIO – 23 LUGLIO		
7	26 LUGLIO – 30 LUGLIO		
8	2 AGOSTO – 6 AGOSTO		
9	30 AGOSTO – 3 SETTEMBRE		
10	6 SETTEMBRE – 10 SETTEMBRE		