

CHAMPIONS CAMP

2022



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1° Settimana (dal 13.06 al 17.06) | <input type="checkbox"/> 5° Settimana (dal 11.07 al 15.07) |
| <input type="checkbox"/> 2° Settimana (dal 20.06 al 24.06) | <input type="checkbox"/> 6° Settimana (dal 18.07 al 22.07) |
| <input type="checkbox"/> 3° Settimana (dal 27.06 al 01.07) | <input type="checkbox"/> 7° Settimana (dal 25.07 al 29.07) |
| <input type="checkbox"/> 4° Settimana (dal 04.07 al 08.07) | <input type="checkbox"/> 8° Settimana (dal 01.08 al 05.08) |

DATI RAGAZZO

COGNOME: _____

NOME: _____

Codice Fiscale: _____

nato a: _____ Prov: _____

il: _____

Residente a: _____

in Via: _____ N°: _____

CAP: _____ Prov: _____

Sport: _____

Ruolo: _____

Altezza (cm): _____

Taglia Kit: XS S

M L

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Fotocopia Visita Medica
- Fotocopia Carta d'Identità del Ragazzo
- Fotocopia Carta d'Identità del Genitore
- Fotocopia Codice Fiscale del Ragazzo
- Fotocopia Codice Fiscale del Genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI AI FINI
DELL'ISCRIZIONE:

Acconsento

Non acconsento

N.B.

Il pagamento andrà effettuato il giorno
prima dell'inizio della Settimana
(la Domenica, al ritiro del Kit).
Il costo è di 135€ a settimana.

DATI GENITORE

COGNOME: _____

NOME: _____

Codice Fiscale: _____

Tel: _____

Mail: _____

Firma

PRANZO

il Ragazzo, presenta intolleranze alimentari?

SI NO

Se si, indicare quali:

MODULO DI SCARICO RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto _____

nato a _____ (____), il _____

residente a _____ (____)

in via _____ n° _____

ESONERA

fin d'ora a tutti gli effetti di ragione e di legge la struttura Island Fun Village e gli Organizzatori ed Allenatori del Champions Camp 2022 da ogni e qualsivoglia responsabilità, rinunciando sin d'ora ad avanzare contro di essi, a qualsiasi titolo, richieste di risarcimento danno o indennizzo, se non per gravi carenze nel Protocollo sulla Sicurezza Anti-Covid, certificata e documentata.

Busto Arsizio,

lí _____

Letto, Confermato e Sottoscritto

In fede,

Firma

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE ANTI-COVID

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

Esercenti le responsabilità genitoriale del minore

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

DICHIARA CHE IL SUDDETTO:

- È in possesso di certificato di Visita Medica Agonistica o Non Agonistica in corso di validità nelle date di svolgimento del Camp.
- Non risulta attualmente positivo al Covid-19, non è in fase di accertamento come da protocollo FMSI in caso di Covid+ accertato e guarito e non è sottoposto alla misura della Quarantena.
- Non ha avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37.5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.
- Non ha avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus (familiari, luoghi di lavoro, ecc.)

In fede,

Data

Firma