



Comitato Regionale Sardegna



# Centro Sportivo Didattico – Ricreativo Estivo SENNORI 2018 Modulo di Iscrizione

## Dati del bambino:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_

Dati del:  Genitore  Tutore del minore  Altro \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

## Segnalazioni e/o esigenze particolari:

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

## Recapiti in caso di necessità:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Chiede l'iscrizione al Centro Sportivo Didattico – Ricreativo Estivo Sennori 2018 attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 07:45 alle ore 14:00 con il seguente pacchetto:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pacchetto 6 settimane   | <input type="checkbox"/> Pacchetto 6 settimane <u>partecipanti con disabilità</u>   |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto settimanale<br>dal ____/____/____ al ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Pacchetto settimanale <u>partecipanti con disabilità</u><br>dal ____/____/____ al ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto giornaliero<br>dal ____/____/____ al ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Pacchetto giornaliero <u>partecipanti con disabilità</u><br>dal ____/____/____ al ____/____/____ |

Autorizza che il/la bambino/a venga tesserato con il C.S.E.N. con Tessera Base ed accetta il regolamento, lo statuto e la formula assicurativa prevista per il Tesseramento Base C.S.E.N. 2018 visionabile sul sito [www.csen.it](http://www.csen.it). Dichiaro di sollevare gli organizzatori e il personale addetto delle attività da qualsiasi responsabilità per gli eventuali incidenti che possono capitare al proprio figlio fuori dall'area del Centro Sportivo eccedente l'obbligo di vigilanza dei bambini. Dichiaro inoltre di assumersi le responsabilità derivanti da inosservanza da parte del proprio figlio delle disposizioni impartite dagli educatori medesimi o da cause indipendenti dall'organizzazione, ivi compresi gli incidenti e infortuni connessi all'espletamento delle attività in cui vi sia dolo da parte del minore sottoscrittore. Dichiaro di essere a conoscenza che le attività in programma potranno essere oggetto di servizi fotografici e video-registrazioni e pertanto autorizza l'effettuazione dei suddetti servizi. Accetta che la mancata frequenza non prevede il rimborso della quota pagata. Accetta che i dati dei/delle partecipanti vengano trattati ai sensi del D.Lgs.196/2003.

**Si ricorda che per completare l'iscrizione è necessario allegare alla presente domanda il Certificato Medico del proprio Pediatra.**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Per accettazione \_\_\_\_\_