SummerSport Club

Data _____

Modulo di iscrizione

Nome e cognome:_____

Luogo e data di nascita:_____

Abitante in via _____Cap_____città_____

Prov: _____ sesso M F

Eventuali intolleranze alimentari:_____

Eventuali allergie:_____

Il/La sottoscritto/a (Nome e cognome di un genitore):_____

Telefono casa:_____ Ufficio_____ Cellulare_____

Chiede l'iscrizione del proprio figlio/a al Centro estivo nella/e seguente/i settimana/e:

- ❑ 11/15 giugno
- ❑ 18/22 giugno
- ❑ 25/28 giugno
- ❑ 02/06 luglio
- ❑ 09/13 luglio
- ❑ 16/20 luglio
- ❑ 23/27 luglio
- ❑ 30/03 agosto
- ❑ 27/31 agosto
- ❑ 03/07 settembre

Si allega

- certificato medico di sana e robusta costituzione

Ai sensi dell'art.3 del D.Lgs.196/2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili", La informiamo che la Tennis Team Vianello tratterà i Suoi dati personali in quanto necessari all'esecuzione delle operazioni richieste con la sottoscrizione del presente modulo anche in adempimento di obblighi contrattuali dei quali Ella è parte. Per il perseguimento delle suddette finalità la Tennis Team Vianello può o potrà comunicare i Suoi dati a soggetti terzi dalla stessa incaricati di svolgere le attività necessarie o comunque connesse all'esecuzione della prestazione da Lei richiesta. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e sensibili in riferimento a quanto sopra specificato.

Firma del genitore o di chi ne esercita la potestà _____

Autorizzo altresì: a) il trattamento dei miei dati personali in riferimento a informazioni pubblicitarie o promozionali inerenti l'attività del Centro

SI NO

b) la diffusione di foto individuali o di gruppo, inerenti l'attività sportiva svolta dall'allievo, sul sito del ttvianello o su materiale informativo/pubblicitario dello stesso

SI NO

_____