

A.S.D. DeRive AlterNative aps
sede legale: Via Roma, n° 102
CAP 00055, Ladispoli, Rm
C.F./P.IVA: 15998271009
derivealternative@gmail.com
www.derivealternative.com
Margherita Papi 340.8523522

MODULO ISCRIZIONE CAMPI SPORTIVI ESTIVI

Spett.le

A.S.D. DeRive AlterNative aps
Via Roma 102 CAP: 00055
Città: Ladispoli(RM)
C.F./P.IVA: 15998271009

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____,

Documento di riconoscimento _____ n° _____

telefono _____ / _____, cellulare _____ / _____,

e-mail _____,

per conto proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore

_____, nato/a a _____ () il _____,

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____,

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio ordinario

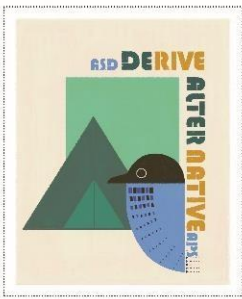
all'Associazione Sportiva Dilettantistica DeRive AlterNative A Promozione Sociale.

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA:

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione (consultabili sul sito www.derivealternative.com) e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale di 5€ e dei contributi associativi a seconda dell'attività scelta;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 101/2018 che recepisce il Regolamento Europeo UE 2016/679 (vigente dal 19 settembre 2018). In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati

Le informazioni contenute in tale scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 101/2018 che recepisce il Regolamento Europeo UE 2016/679 (vigente dal 19 settembre 2018)



A.S.D. DeRive AlterNative aps
sede legale: Via Roma, n° 102
CAP 00055, Ladispoli, Rm
C.F./P.IVA: 15998271009
derivealternative@gmail.com
www.derivealternative.com
Margherita Papi 340.8523522

personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____ Firma _____

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto / del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì

No

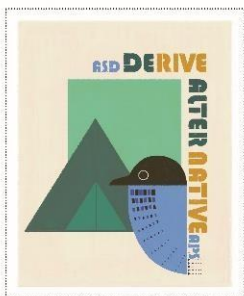
Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

Sì

No

Luogo e data _____ Firma _____

Il Consiglio Direttivo vista la domanda presentata, accetta fin d'ora la sua frequenza con la qualifica di Socio Ordinario, salvo eventuale rettifica del Consiglio stesso che dovrà avvenire entro 30 giorni dalla presente.



A.S.D. DeRive AlterNative aps
sede legale: Via Roma, n° 102
CAP 00055, Ladispoli, Rm
C.F./P.IVA: 15998271009
derivealternative@gmail.com
www.derivealternative.com
Margherita Papi 340.8523522

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CAMPI SPORTIVI ESTIVI

Il/La sottoscritto/a _____

chiede di poter iscrivere il/la minore _____

al campo sportivo estivo che andrà dal _____ al _____

TURNI ESTATE 2024 (barrare il/i turno/i scelto/i)

1° 23/06 - 29/06	2° 30/06 - 06/07	3° 07/07 - 13/07	4° 14/07 - 20/07	5° 21/07 - 27/07
6° 28/07 - 03/08	7° 04/08 - 10/08	8° 11/08 - 17/08	9° 18/08 - 24/08	10° 25/08 - 31/08

La quota settimanale totale è di **500 €** ed è così ripartita:

335,00€ - SOLO tramite bonifico una settimana prima dell'inizio del campo sportivo

IBAN: IT89W0623003341000035810211

intestato a: A. S. D. Derive Alternative aps

causale: Cognome, Nome del ragazzo/a e il turno scelto

Questa quota riguarda le attività sportive è pertanto detraibile ai fini fiscali.

La quota comprende:

- presenza continua (giorno e notte) degli istruttori dell'A.S.D. DeRive AlterNative aps;
- corsi di avvicinamento (pratici e teorici) di barca a vela, kayak, tiro con l'arco, orienteering, escursioni, lezioni sui nodi;
- copertura assicurativa
- tesseramento "socio ordinario" A.S.D. DeRive AlterNative aps valido fino al 31/08/2024
- tesseramento Unione Italiana Sport Per Tutti (U.I.S.P.) valido fino al 31/08/2024

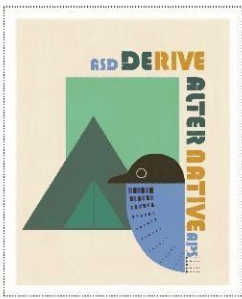
165,00€ - SOLO in contanti il giorno dell'arrivo al campo fatturati dal Camping Roma Flash

La quota comprende:

- vitto (colazione, pranzo, merenda, cena) preparato e somministrato dal ristorante del campeggio;
- pernott (sei notti) gestito dal Camping Roma Flash;

Sono previste delle agevolazioni per chi prenota per più di una settimana e per chi prenota anche per un secondo o terzo familiare (fratello o sorella).

Le informazioni contenute in tale scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 101/2018 che recepisce il Regolamento Europeo UE 2016/679 (vigente dal 19 settembre 2018)



A.S.D. DeRive AlterNative aps
sede legale: Via Roma, n° 102
CAP 00055, Ladispoli, Rm
C.F./P.IVA: 15998271009
derivealternative@gmail.com
www.derivealternative.com
Margherita Papi 340.8523522

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA SANITARIA

COGNOME E NOME del minore _____

ALLERGIE (*specificare il tipo*)

TERAPIE IN CORSO (*specificare farmaci e posologia*)

DIETA SPECIALE (*specificare eventuale celiachia o alimenti vietati*)

APPARECCHI PROTESICI E/O ALTRI AUSILI

Vi preghiamo inoltre, di segnalare qualunque informazione riteniate utile sulle condizioni fisiche e psicologiche del partecipante perché possa vivere un'esperienza serena durante il campo.

In caso di piccoli disturbi (mal di testa, raffreddori, mal di gola ecc.) è abituato/a a prendere medicinali? Se sì, quali e in che dosi?

È soggetto/a a particolari disturbi o malesseri? Se sì quali

In caso di terapia in corso, con la presente, i genitori o chi ha la responsabilità genitoriale del minore autorizza la somministrazione, durante il campo sportivo estivo, dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Si allega copia della richiesta di somministrazione dei farmaci firmata dal medico curante. Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

DATA _____ FIRMA _____