

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 2023 (barrare il/i turno/i scelto/i)

1° 25/06 - 01/07	2° 02/07 - 08/07	3° 09/07 - 15/07	4° 16/07 - 22/07
5° 23/07 - 29/07	6° 30/07 - 05/08	7° 06/08 - 12/08	8° 13/08 - 19/08
9° 20/08 - 27/08	10° 27/08 - 03/09	11° 03/09 - 09/09	

La quota settimanale è di 440 € ed è così ripartita:

300,00€ - SOLO tramite bonifico una settimana prima dell'inizio del campo sportivo

IBAN

Indicando nella causale cognome, nome del ragazzo e 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 31/08/2023
- tesseramento Unione Italiana Sport Per Tutti (U.I.S.P.) valido fino al 31/08/2023

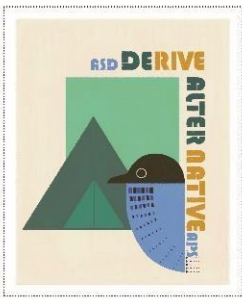
140,00€ - SOLO in contanti il giorno dell'arrivo al campo fatturati dal Camping Roma Flash

La quota comprende:

- vitto (colazione, pranzo, merenda, cena) preparato e somministrato dal ristorante del campeggio;
- pernottamento (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/della 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 _____