

AUTOCERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE

Il presente formulario deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale dell'utente iscritto alle attività di Sport Insieme Mendrisiotto.
Le informazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del gruppo e vengono custodite nel rispetto delle indicazioni dettate dalla nuova legge sulla protezione dei dati (nLPD).

DATI PERSONALI

Cognome : _____ Nome : _____

Data di nascita : _____

Ho sottoscritto un'assicurazione infortuni ? SI NO

Ho sottoscritto un'assicurazione responsabilità civile ? SI NO

DOMICILIO

Indirizzo : _____ Cap e luogo : _____

Persona di contatto : _____ Telefono : _____

Persona di contatto : _____ Telefono : _____

Persona di contatto : _____ Email : _____

FOYER/ISTITUTO/RESIDENTE PRESSO

Foyer/istituto/residente presso : _____

Indirizzo : _____ Cap e luogo : _____

Persona contatto/rif. : _____ Telefono : _____

Persona contatto/rif. : _____ Telefono : _____

Persona contatto/rif. : _____ Email : _____

LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE USO E PUBBLICAZIONE

Autorizzo la pubblicazione di immagini (fotografie e filmati), prese nell'ambito delle attività sportive e ricreative del SIM, sul sito www.sportinsieme.ch e sulla pagina Facebook protetta nonché il loro utilizzo per promuovere, se necessario, le attività del gruppo sul territorio. In caso l'autocertificazione non fosse compilata dal partecipante si conferma inoltre di aver ottenuto il suo consenso.

SI NO

DISABILITÀ / MALATTIE / ALLERGIE / INTOLLERANZE

Lo sportivo soffre di disabilità/malattie/allergie/intolleranze che ritenete necessario segnalare ?

SI NO

Se sì, specificare :

Il SIM non si assume alcuna responsabilità per informazioni importanti non fornite.

DISCIPLINE/ATTIVITÀ e LIMITAZIONI/MISURE DI SICUREZZA

Limitazioni particolari per la pratica sportiva ? SI NO

Se sì, specificare :

Misure precauzionali e comportamento in caso di emergenza :

OSSERVAZIONI / ALTRE INDICAZIONI (se necessarie)

AUTOCERTIFICAZIONE AUTORITÀ PARENTALE/RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome/cognome :

Data : _____ Firma : _____

CERTIFICAZIONE MEDICO

Nome/cognome :

Data : _____ Timbro e firma : _____



**LA FIRMA DELL'AUTORITÀ PARENTALE E/O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE, COSÌ COME LA PRESENTAZIONE DI QUESTO MODULO, SONO OBBLIGATORIE!
SE RITENUTA NECESSARIA, ANCHE LA CERTIFICAZIONE DEL MEDICO.**

