

AUTOCERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ DI SPORT INSIEME MENDRISIOTTO SIM

Il presente certificato deve essere compilato, controllato e firmato dal genitore o dall' rappresentante legale del partecipante iscritto alle attività di Sport Insieme Mendrisiotto SIM.

Le informazioni segnalate su questo certificato sono ad uso esclusivo dell'associazione e vengono custoditi nel rispetto delle indicazioni dettate dalla nuova Legge sulla Protezione dei Dati (nLPD)

Prego compilare in stampatello

DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____ Nome: _____

Nazionalità: _____ Data di nascita: _____

Assicurazione Infortuni: _____

Assicurazione RC: _____

Cassa malati: _____

N° identificazione tessera di cassa malati: _____

No. AVS: _____

INDIRIZZO DI DOMICILIO

Via: _____ CAP: _____

Luogo: _____ E-mail: _____

FOYER – ISTITUTO – RESIDENTE PRESSO

Foyer-Istituto-residente presso _____

Via: _____ CAP: _____

Luogo: _____ E-Mail: _____

PERSONE DI CONTATTO

DOMICILIO

Nr. Telefono

Chi (nome, cognome, ruolo)

1° _____

2° _____

FOYER – ISTITUTO – RESIDENTE PRESSO

Nr. Telefono

Chi (nome, cognome, ruolo)

1° _____

2° _____

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA (domicilio o Istituto o ...)

Per posta _____

Per e-mail _____

INFORMAZIONI MEDICHE

Diagnosi medica: _____

Lo sportivo soffre di malattie – allergie – intolleranze? SI NO

Se SI quali? _____

Ha comportamenti o reazioni particolari (es: paure, ansie, nervosismo, aggressività)?

SI NO a volte

Di che genere: _____

Misure e comportamento da adottare: _____

Limitazioni particolari per la pratica sportiva? SI NO

Se SI quali? _____

Osservazioni o altre indicazioni/informazioni? _____

MEDICAMENTI

Vostro/a figlio/a assume regolarmente medicinali? SI NO

NOME DEL MEDICAMENTO	A cosa serve (es. per dormire, epilessia, ecc..)	Mattina	Pranzo	Cena	Notte

AUTORIZZAZIONI

- Con la presente autorizzo i monitori dell'associazione a rivolgersi e a condividere le informazioni presenti su questa scheda con il personale sanitario (medici, infermieri, soccorritori) per eventuali emergenze.
- Con la presente autorizzo il trasporto su veicoli a disposizione dell'associazione della persona qui rappresentata.
- Con la presente autorizzo l'utilizzo di fotografie ed eventuali filmati fatti durante le attività per promuovere le attività del SIM sul territorio e sensibilizzare alla tematica handicap, tempo libero e integrazione. In caso l'autocertificazione non fosse compilata dal partecipante si conferma inoltre di aver ottenuto il suo consenso all'uso di foto/filmati.

SÌ NO

- Con la presente autorizzo la pubblicazione di fotografie sul sito www.sportinsieme.ch e pagina Facebook del SIM. In caso l'autocertificazione non fosse compilata dal partecipante si conferma inoltre di aver ottenuto il suo consenso all'uso di foto/filmati.

SÌ NO

- **I genitori, il rappresentante legale o il responsabile della struttura di accoglienza si impegnano a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all'associazione qualsiasi variazione delle informazioni precedentemente fornite, qualora queste non fossero più attuali. Sport Insieme Mendrisiotto non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi, problemi o conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione o dall'aggiornamento tardivo di tali informazioni.**



Luogo e data:

Firma del genitore o rappresentante legale:

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO (se ritenuta necessaria)

Nome e Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

LA FIRMA DELL'AUTORITÀ PARENTALE E/O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE COSÌ COME LA PRESENTAZIONE DI QUESTO MODULO SONO OBBLIGATORIE.