



DOMANDA DI AFFILIAZIONE

Esente da bollo in modo assoluto ex art. 7 Tabella allegato B del DPR 642/72

Polisportiva UnDueTre Sport Società Sportiva Dilettantistica a Responsabilità Limitata

Il sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in _____ Cod. Fisc. Genitore: _____ in
qualità di genitore di Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in (indicare solo se diversa) _____ Cod. Fisc. Figlio/a

_____ chiede che mio/a figlio/a sia ammesso/a quale tesserato/a alla Polisportiva UnDueTre Sport Società Sportiva Dilettantistica a Responsabilità Limitata, impegnandomi al raggiungimento degli scopi primari della Società ed attenendomi allo Statuto e alle deliberazioni degli organi sociali. Dichiaro sotto la mia responsabilità di poter procedere al presente tesseramento di mio/a figlio/a e di avere preso nota dello Statuto e dell'eventuale Regolamento, accettandoli integralmente. Dichiaro di avere ricevuto l'informativa sulla raccolta e l'utilizzo dei dati personali ai sensi del Regolamento 2016/679 UE e ss. mod. ed acconsento al loro trattamento nella misura occorrente per il perseguimento degli scopi statutari. Acconsento infine che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati ai soggetti con cui la Polisportiva collabora, affinché siano da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Firma del genitore _____

Laboratorio di Psicomotricità

Presso Centro il Baobab Firenze - Viale Edmondo de Amicis 99/a

DATE: 16-23-30/11/24 ; 7-14-21/12/24 ; 11-18-25/01/25 ; 1/02/25

Recapiti telefonici: madre..... padre..... mail.....

Note particolari: allergie, intolleranze, certificazioni, altre informazioni.....

Persone delegate a riprendere il bambino.....

Attraverso quale canale sei venuto a conoscenza del camp?..... Scuola di appartenenza.....

Certificato medico (selezionare una delle due opzioni)

- Il genitore ALLEGA certificato medico del/la figlio/a in corso di validità (obbligatorio dal 6° anno di età) Scadenza : _____
- Il genitore SI IMPEGNA a trasmettere il certificato medico entro la data di inizio del corso

Costi di partecipazione

Ciclo di 10 lezioni (dal 16/11/24 al 1/02/25) € 150

Costi aggiuntivi: **€ 20 (assicurazione e affiliazione)**

Le iscrizioni saranno a numero chiuso.

Consenso privacy

Informato delle modalità e finalità di trattamento dei dati personali riportati nel presente modulo e consapevole che in mancanza di consenso non potrà essere erogata alcuna prestazione, ai sensi del Regolamento Europeo Privacy n. 2016/67

- Acconsento** **Non acconsento** al trattamento dei dati personali.
- Acconsento** **Non acconsento** alla pubblicazione delle foto sul sito bimbinmovimento.it (senza scopo di lucro).

Luogo _____ Data _____

Firma del genitore _____

Restituire la Scheda compilata all'indirizzo yuri.pellegrini@bimbinmovimento.it insieme alla copia di un documento di identità in corso di validità del genitore

Pagamento con bonifico bancario intestato a: Polisportiva UnDueTre Sport società sportiva dilettantistica a responsabilità limitata
IBAN: IT44 0 03296 01601 000067137498 (vi preghiamo di inserire nella causale il nominativo del bambino seguito da "corso di psicomotricità").
Attenzione: dopo IT44 la O è lettera, non 0 numero

Riservato alla segreteria

Data pagamento	n. ricevuta	Forma pagamento	Causale	Euro