



## 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**



(DATI GENITORE) Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
 Cod. Fisc. Genitore: \_\_\_\_\_ in qualità di genitore di  
 (DATI BAMBINO/A) 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 dalle norme statutarie.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

## Corso di JUDO

**Palestra Istituto Scolastico Calasanziane - Via delle Cento Stelle 9 Firenze**  
**1° Quadrimestre 1/10/25 - 28/01/26 – 2° Quadrimestre 4/02/26 - 27/05/26**

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 Camp

### Barrare il Quadrimestre richiesto:

- 1° Quadrimestre da 1/10/25 a 28/01/26 € 140  
 2° Quadrimestre da 4/02/26 a 27/05/26 € 140

Costi aggiuntivi: € 20 (assicurazione e affiliazione)

Sconto fratelli/sorelle: 10% sulla seconda quota di iscrizione

Le iscrizioni saranno a numero chiuso.

### Il genitore, pena l'invalidità dell'iscrizione e l'impossibilità di accedere al corso di pattinaggio:

- **DICHIARA** di avere già effettuato il pagamento della caparra (€ 50,00 per ogni settimana di iscrizione)

- **SI IMPEGNA** a consegnare al Responsabile del Camp, il primo giorno di ingresso, copia stampata e firmata della presente scheda di iscrizione e, se non già trasmessa, copia del certificato medico.

### 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](http://bimbinmovimento.it) (senza scopo di lucro).

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

### Restituire la Scheda compilata all'indirizzo [info@bimbinmovimento.it](mailto:info@bimbinmovimento.it) insieme a 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 judo").

Attenzione: dopo IT44 la O è lettera, non 0 numero

Riservato alla segreteria

Data pagamento	n. ricevuta	Forma pagamento	Causale	Euro