**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 attenendosi 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** _____

# Corso di Pattinaggio Freestyle - Autunno 2026

## Skatepark Campo di Marte - Firenze

## DATE: 19 – 26 settembre; 3 – 10 – 17 – 24 – 31 ottobre; 7 novembre

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 livello richiesto:

☐ **Livello Base** *(orario 9.30 - 11.00)* **€ 150**

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

☐ **Livello Advanced** *(orario 11.15 - 12.45)* **€180**

☐ **Noleggio pattini e protezioni € 40** → *indicare taglia protezioni (S, M o L) e taglia scarpe per pattini* …….....

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 (senza scopo di lucro).**

Luogo _____ Data _____ **Firma del genitore** _____

**Restituire la Scheda compilata all'indirizzo 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 O 03296 01601 000067137498 (vi preghiamo di inserire nella causale il nominativo del bambino seguito da "corso di pattinaggio").
Attenzione: dopo IT44 la O è lettera, non 0 numero

**Riservato alla segreteria**

| Data pagamento | n. ricevuta | Forma pagamento | Causale | Euro |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |