

DATI DEL GENITORE:

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO _____

TEL _____

EMAIL _____

DATI DEL PARTECIPANTE:

SI AUTORIZZA IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

A PARTECIPARE AL CAMPUS DI PALLANUOTO CHE SI SVOLGERÀ A LERICI PRESSO L'IMPIANTO "PISCINE COMUNALI CICCIO ROLLA", DAL 25 GIUGNO AL 1 LUGLIO

- Al momento della consegna del CERTIFICATO MEDICO, siete pregati di dichiarare eventuali patologie gravi (sia presenti che passate).

- Specificare per le patologie presenti la cura da seguire (farmaci e regole alimentari).

- Specificare eventuali intolleranze e allergie alimentari.

- Il genitore, si impegna a fornire al proprio figlio per l'intera durata del Campus, tutti i farmaci necessari a seguire eventuali terapie, collegate a patologie presenti.

- Lo Staff organizzativo si declina da qualsiasi responsabilità in caso di smarrimento/ furto/ danneggiamento di eventuali oggetti di valore/personali dei partecipanti

- Lo Staff organizzativo si riserva di poter variare il programma settimanale e gli sport proposti per motivi logistici e organizzativi

- Lo Staff organizzativo si solleva da ogni forma di responsabilità diretta ed indiretta, civile e penale, relativa ad eventuali infortuni durante le attività e la disputa di allenamenti.

DATA

FIRMA DEL GENITORE

