



TRIATHLON SUMMER CAMP 2023

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

DATI DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ (DICHIARANTE):

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____

IN QUALITÀ DI _____ DOCUMENTO: _____

DATI DEL MINORE:

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____

SOCIETÀ DI APPARTENENZA: _____

N° TESSERA FITRI: _____ SCADENZA CERTIFICATO MEDICO: ____/____/____

IL CERTIFICATO MEDICO, DI TIPO "AGONISTICO" PER LE CAT. RAGAZZI, YOUTH A/B E JUNIOR E DI "SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE" PER LA CAT. ESORDIENTI, DEVE ESSERE VALIDO PER TUTTA LA DURATA DEL TRIATHLON SUMMER CAMP

CHIEDE DI ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO/A AL "TRIATHLON SUMMER CAMP 2023" CHE SI SVOLGERÀ A PORTO S. ELPIDIO (FM) DAL 27 AGOSTO AL 2 SETTEMBRE 2023.

INDICARE LA TAGLIA PER LA T-SHIRT: _____ (COMPRESA NELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE)

INDICARE DI SEGUITO EVENTUALI INFORMAZIONI NECESSARIE AGLI ORGANIZZATORI PER TUTELARE LA SALUTE DEL PROPRIO FIGLIO/A: ALLERGIE:

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

ALTRI PROBLEMI DI SALUTE (FISICI O PSICHICI) DI CUI I GENITORI RITENGONO CHE I TECNICI ACCOMPAGNATORI DEBBANO ESSERE A CONOSCENZA

DICHIARA INOLTRE CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO E SOLLEVA IL COMITATO REGIONALE TRIATHLON LAZIO DA RESPONSABILITÀ DERIVANTI DA PROBLEMATICHE DI SALUTE CONOSCIUTE, MA NON DICHIARATE NEL PRESENTE MODULO. AUTORIZZO RIPRESE VIDEO E FOTOGRAFICHE PER SCOPI DIDATTICI O PROMOZIONALI:

DATA, ____/____/____

FIRMA _____

IL/LA SOTTOSCRITTA AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS. 196/03 CHE SARÀ FINALIZZATO PER IL SOLO OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA.

DATA, ____/____/____

FIRMA _____

DA INVIARE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE MEDIANTE POSTA ELETTRONICA A:

COMITATO REGIONALE LAZIO FITRI



lazio@fitri.it

