

Compilare in stampatello e inviare via email: pallacanestro@ascspport.it

RICHIESTA D'ISCRIZIONE "ASC SKILLS BASKETBALL CAMP"

Il sottoscritto/a _____, genitore di _____,
nato/a _____ il _____ residente in _____
via/piazza _____ n. _____ CAP _____
Cell. Genitore 1 _____ Cell. Genitore 2 _____
Tel. Abitazione _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____ Taglia XL - L - M - S - XS - XXS

Chiede l'iscrizione del proprio figlio/a All'ASC SKILLS BASKETBALL CAMP.

Indicare eventuale settimana preferita:

- 21-28 giugno 2014
- 05/07 luglio 2014

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Contanti
- Assegno bancario
- Bonifico Bancario
- Saldo unico (€ 410.00)
- Rateizzazione (I rata € 150.0-II rata € 150.00-III rata € 110)

Per i versamenti tramite assegno o bonifico, queste le coordinate bancarie:

Comitato Provinciale di Roma - Attività Sportive Confederato

IBAN: IT90N0301503200000003436684

Si richiede il servizio Pullman A/R da e per Roma al costo di € 20.00 **SI** **NO**

INTOLLERANZE E FARMACI UTILIZZATI

VORREI STARE IN STANZA CON:

- a) _____ b) _____
c) _____ d) _____

Con la presente iscrizione si dichiara che il proprio figlio è in possesso di regolare certificazione medica, attestante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica e che la fornirà in copia prima della partenza.

Inoltre si autorizza l'organizzazione dell'ASC Skills Basketball Camp 2014, a prendere tutti i provvedimenti necessari in ordine a emergenze sanitarie, esonerando la stessa organizzazione da ogni responsabilità per eventuali danni, infortuni o malattie nel periodo del camp.

Data ___/___/2014

Firma del genitore _____

Ai sensi del D.Lgs 196/2003, si autorizza l'ASC Skills Basketball Camp 2014 a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, immagini, foto o video, realizzati a scopo educativo-didattico e contenente nome, immagini e voce di nostro figlio/a.

Data ___/___/2014

Firma del genitore _____