



Circolo Tennis Albinea Associazione Sportiva Dilettantistica
Via A. Grandi, 6 – 42020 Albinea (RE) - Tel. 0522/597505 - circolo@tennisalbinea.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE - SUMMER CAMP 2026

APERTO AI RAGAZZI NATI DALL'ANNO 2012 AL 2020

Dati anagrafici dell'iscritto al Summer Camp

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ Nato a _____

Residente in Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Dati anagrafici del genitore che sottoscrive la domanda di iscrizione

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____

Residente in Via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____ Tel. casa _____

Cell. madre _____ Cell. padre _____ Altro _____

E-mail di appoggio per comunicazioni

Socio Albinetano Non Socio

	Mattino	Mattino + Pranzo	Giornata intera
Iscrizione al turno N° 1 dal 08/06 al 12/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 2 dal 15/06 al 19/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 3 dal 22/06 al 26/06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 4 dal 29/06 al 03/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 5 dal 06/07 al 10/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 6 dal 13/07 al 17/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 7 dal 20/07 al 24/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 8 dal 27/07 al 31/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 9 dal 03/08 al 07/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 10 dal 17/08 al 21/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 11 dal 24/08 al 28/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 12 dal 31/08 al 04/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscrizione al turno N° 13 dal 07/09 al 11/09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto _____ genitore di _____

DICHIARA

1. di essere a conoscenza e di accettare per intero le clausole inerenti la copertura assicurativa della Tessera UISP (al costo di € 5,00) prevista per i partecipanti al Summer Camp 2026 del CT Albinea.
2. di comunicare giornalmente ai responsabili del Summer Camp eventuali persone, diverse dai genitori, che saranno autorizzate ad accompagnare il proprio figlio al di fuori del Circolo al termine delle attività.
3. di allegare alla presente certificato medico non agonistico, agonistico o copia del libretto sanitario dello sportivo dell' iscritto per i bambini dai 6 anni in su (è obbligatoria la specifica di ECG e P.A.)

La presente con gli allegati indicati devono essere inviati a mezzo mail all'indirizzo circolo@tennisalbinea.com o consegnati in reception. Si dovrà procedere con il pagamento contestualmente all'iscrizione.

DATI INERENTI LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:
Che i dati sui genitori o nel caso di tutore legale di chi ne fa le veci, sono i seguenti:

PADRE O TUTORE LEGALE

COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____ Nazione _____
Residente a _____ Via _____
n° _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Tel. Abitazione _____
Tel. Cellulare _____ E-mail _____
Cittadinanza _____

MADRE O TUTRICE LEGALE

COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____ Nazione _____
Residente a _____ Via _____
n° _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Tel. Abitazione _____
Tel. Cellulare _____ E-mail _____
Cittadinanza _____

DELEGATO AL RITIRO DEL BAMBINO/A n.1

COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____ Nazione _____
Residente a _____ Via _____
n° _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Tel. Abitazione _____
Tel. Cellulare _____ E-mail _____
Cittadinanza _____

DELEGATO AL RITIRO DEL BAMBINO/A n.2

COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____ Nazione _____
Residente a _____ Via _____
n° _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Tel. Abitazione _____
Tel. Cellulare _____ E-mail _____
Cittadinanza _____

AGEVOLAZIONI PER SETTIMANE MULTIPLE E FRATELLI

- **FEDELTA'**: dal 4° turno frequentato in poi si avrà un'agevolazione del 10% a settimana per l'opzione part-time e full-time (no pranzo)
- **FEDELTA' PLUS**: dal 8° turno frequentato in poi si avrà un'agevolazione del 20% a settimana per l'opzione part-time e full-time (no pranzo)
- **FAMILY**: in caso di fratelli/sorelle iscritti, sconto del 10% a settimana per l'opzione part-time e full-time (no pranzo)
- **PORTA UN AMICO (post ferragosto)**: chiunque iscritto/a che porterà un amico/a che parteciperà al centro estivo per la prima volta dal 17/8, usufruirà di uno sconto del 20% a settimana per l'opzione part-time e full-time (no pranzo)

TESSERA ASSICURATIVA: Tutti i ragazzi/e saranno tesserati con copertura assicurativa UISP al costo di € 5,00. La tessera avrà validità fino al 31 agosto 2026, per gli iscritti di settembre andrà rifatto il tesseramento.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento deve essere anticipato e contestuale all'iscrizione, potrà essere effettuato in contanti, con carta di credito o bancomat in Reception o bonifico bancario intestato a Associazione Sportiva Circolo Tennis Albinea, codice IBAN:IT83J0303266130010000002789 CREDEM Filiale di ALBINEA, specificando nella causale "SUMMER CAMP nominativo bambino e settimana opzionata" ed inviando copia della distinta di bonifico alla mail circolo@tennisalbinea.com.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e segg. del c.c., il genitore _____ accetta e

sottoscrive espressamente quanto dichiarato nel presente documento e annessi allegati di seguito citati.

Si allegano:

- MODULO PRIVACY
- SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Data _____ Firma _____

Il presente modulo è da consegnare in Reception o da inviare via e-mail all'indirizzo: circolo@tennisalbinea.com.

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità – nationality
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	Codice Fiscale: AUSL

VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S

Difterite Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Poliomielite Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/> Previous disease No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances:

Altro - Other diseases:

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale Signature of the person exercising parental authority
<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>

I sottoscritti

(Nome e Cognome genitore 1): _____

(Nome e Cognome genitore 2): _____

in proprio ed in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sul/la figlio/a minore
_____, nato/a a _____, il _____,

DICHIARANO

di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016 ed autorizza "CIRCOLO TENNIS ALBINEA -ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA" al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e del figlio minore nei limiti e per le finalità di cui al Punto 4., lettere da a) ad e) della presente informativa ivi compresi quelli sanitari.

Consenso ulteriore non indispensabile alla gestione del rapporto

Prestano il loro libero consenso all'eventuale utilizzo di immagini e/o registrazioni audio/video del figlio minore per sole finalità di cui al Punto 4., lettera f) della presente informativa, ricordandole che tali dati potranno essere pubblicati su pagine social e siti internet della scrivente Associazione.

Acconsentiamo

Non acconsentiamo

Restituisce pertanto la presente firmata, come attestazione di ricevuta delle informazioni sopra esposte e consenso all'utilizzo delle immagini.

Albinea, Data ____/____/____

Firma genitore

Firma genitore
