### **- Autorizzazioni e Liberatorie -**

### Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Genitore (o chi ne fa le veci) del/la ragazzo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Iscritto al Centro Estivo (barrare) : ❑ SportAvventura TURNO 1 – 2 – 3 ❑ Monti/Mare

### **Uscite e Attività**

### ❑**Autorizza** l’Associazione Sportiva Dilettantistica Improntee il personale del Centro Estivo a far partecipare il/la ragazzo/a alle escursioni, attività in piscina e a tutte le uscite che verranno organizzate durante il periodo di svolgimento del Centro Estivo, anche con trasporto privato.

### **Oggetti personali**

### ❑**Solleva** da ogni responsabilità l’Associazione Sportiva Dilettantistica Impronte ed il personale del Centro Estivo per l’eventuale danneggiamento o smarrimento del telefono cellulare personale del ragazzo o di qualsiasi altro oggetto di valore al di fuori dell’ “elenco attrezzatura” consegnato

### **Somministrazione medicinali**

### ❑**Autorizza** l’Associazione Sportiva Dilettantistica Impronte e il personale del Centro Estivo a somministrare i seguenti medicinali, in quanto indispensabili per la salute del ragazzo, nelle modalità indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicinale** | **In caso di** | **Posologia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Altre indicazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Materiale audiovisivo**

### ❑**Autorizza** l’utilizzo di materiale audiovisivo, testimonianze, foto e diapositive delle esperienze educative come documentazione delle attività svolte, per fini didattici e divulgativi.

### Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiaro di acconsentire al trattamento dei dati personali inerenti lo stato di salute riportati nella presente domanda in relazione alle attività di gestione del servizio ai sensi dell’art. 11 e dell’art. 23 della L. 675/96.**

### Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_