



# CLUB ALPINO ITALIANO

## Sezione di Veduggio con Colzano

### Alpinismo Giovanile 2022

#### Domanda di iscrizione



Cognome e Nome.....  
 nato/a a..... il .....  
 residente a..... Via.....  
 Iscritto alla Sezione CAI di .....  
 cell (Genitore) ..... Tel. Abitazione .....  
 e-mail (Genitore) .....@.....

#### Gruppo di appartenenza

- Alpinismo Giovanile A** (nati dal 2004 al 2008 – 3<sup>a</sup> media e scuole superiori)
- Alpinismo Giovanile B** (nati dal 2008 al 2012 - dalla classe 4<sup>a</sup> elementare alla classe 3<sup>a</sup> media)
- Bimbi in cammino** (nati dal 2012 al 2015 - dalla classe 1<sup>a</sup> elementare alla classe 4<sup>a</sup> elementare)

#### Genitori

Padre (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Madre (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

I genitori dichiarano di aver preso visione del regolamento delle escursioni e di attenersi tutte le disposizioni emanate dalla sezione per le specifiche attività di Alpinismo Giovanile

**Quota di partecipazione € 15,00**

**Per partecipare alle attività è necessario essere iscritti ad una delle sezioni del Club Alpino Italiano**

La prima iscrizione ha un costo di **€ 21,00** + fotografia formato tessera, il rinnovo annuale ha un costo di **€ 16,00**

#### INFORMATIVA SULL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI PERSONALI

La sezione Cai di Veduggio con Colzano chiede l'autorizzazione ad utilizzare immagini fotografiche o videoregistrare dei ragazzi iscritti all'attività di Alpinismo Giovanile

A tal fine, in relazione alla D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "codice in materia di protezione dei dati personali", e al Regolamento UE 679/2016 informa che:

- l'autorizzazione all'utilizzo di immagini degli allievi è relativa alla documentazione delle escursioni e delle attività di laboratorio, su video, cd, sito web e stampa associativa;
- l'utilizzo avverrà a titolo non oneroso e non lucrativo;
- l'assenso a tale utilizzo è facoltativo.
- i legittimi interessati avranno in ogni momento il diritto di essere informati riguardo ai loro dati e di revocare tale autorizzazione.

I sottoscritti ..... nato a ..... il .....  
 e ..... nata a ..... il .....

autorizzano il Club Alpino Italiano - Sezione di Veduggio con Colzano - ad utilizzare l'immagine del proprio figlio/a per illustrare le esperienze e le attività dell'alpinismo giovanile, a titolo gratuito, nei termini di cui sopra.

Data .....

Firma .....



## Scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico



|              |    |             |        |
|--------------|----|-------------|--------|
| cognome      |    | nome        |        |
| nato a       | il | residente a | in via |
| n° tess. san |    | n° tel      |        |

| ha subito             | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| ricoveri ospedalieri  |    |    |
| interventi chirurgici |    |    |
| fratture ossee        |    |    |
| quali?                |    |    |

| è allergico a:            | SI | NO |
|---------------------------|----|----|
| pollini o graminacee      |    |    |
| polvere o peli di animali |    |    |
| alimenti                  |    |    |
| farmaci                   |    |    |
| altro                     |    |    |

| ha mai avuto         | SI | NO |
|----------------------|----|----|
| problemi cardiaci    |    |    |
| problemi respiratori |    |    |
| problemi al fegato   |    |    |
| problemi ai reni     |    |    |
| asma bronchiale      |    |    |
| convulsioni febbrili |    |    |
| perdite di coscienza |    |    |
| disturbi coagulativi |    |    |
| traumi cranici       |    |    |
| traumi vertebrali    |    |    |
| traumi cervicali     |    |    |
| altro                |    |    |

| soffre di:        | SI | NO |
|-------------------|----|----|
| disturbi visivi   |    |    |
| disturbi uditivi  |    |    |
| disturbi motori   |    |    |
| mal di testa      |    |    |
| dolori addominali |    |    |
| dolori articolari |    |    |
| dolori muscolari  |    |    |
| epistassi         |    |    |
| enuresi notturna  |    |    |
| altro             |    |    |

|                                      | SI | NO |
|--------------------------------------|----|----|
| assume medicine                      |    |    |
| ha eseguito le vaccinazioni di legge |    |    |

|       |
|-------|
| data  |
| firma |

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.