



Club Alpino Italiano - Sezione di Desio
ALPINISMO GIOVANILE



DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO DI ALPINISMO GIOVANILE

Io sottoscritto

Genitore / Tutore di

Dichiaro di autorizzare la partecipazione di mio/a figlio/a al

“XXXIII° Corso di Alpinismo Giovanile” organizzato dal CAI – Desio.

Dati anagrafici di mio/a figlio/a:

Cognome Nome

Nato/a il a

Residente a CAP

Via Numero

Tel. Casa Tel. Cell.

E-mail

Data Firma

All'atto dell'iscrizione allegare al presente modulo compilato e firmato:

- Certificato medico di sana e robusta costituzione e/o
- autocertificazione dello stato di salute

e portare in visione Tessera CAI valida per l'anno in corso

CONSENSO AI SENSI DEL D.lgs 196/2003

Io sottoscritto

genitore/esercente la patria potestà del/della minore sopra indicato

- autorizzo il trattamento dei dati personali relativi al minore, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'esecuzione delle attività previste dal programma di Alpinismo Giovanile – CAI Desio

ed inoltre

- Acconsento
- NON Acconsento

all'eventuale pubblicazione dell'immagine del minore in contesti inerenti lo svolgimento delle attività di Alpinismo Giovanile sul sito www.caidesio.net, sulla stampa sociale e sezionale e alla sua divulgazione a scopo promozionale. Ne vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale, il decoro e la sicurezza.

Sollevo i responsabili del sito da ogni incombenza economica e da ogni responsabilità inerente un uso scorretto dei dati personali forniti e delle foto da parte degli utenti del sito o di terzi.

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003.

Data Firma



Club Alpino Italiano - Sezione di Desio
ALPINISMO GIOVANILE



SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO FISICO

Cognome		Nome	
Nato/a a	il	residente a	In via
N° tessera Sanitaria			

Ha subito:	SI	NO
Ricoveri ospedalieri		
Interventi chirurgici		
Fratture ossee		
Quali?		

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		

assume medicine		
ha eseguito le vaccinazioni di legge		

È allergico a:	SI	NO
Pollini o graminacee		
Polvere o peli di animali		
alimenti		
farmaci		
altro		

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

Data
Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)

In conformità al D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, si attesta che le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.