



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
www.caprimed.com

## MODULO DI ISCRIZIONE

La preghiamo di compilare la seguente scheda di adesione in stampatello e di rinviarla alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il **30 aprile 2018** tramite e-mail: **francesca.cavaliere@caprimed.com**

### DATI GENITORE/TUTORE

Cognome.....

Nome .....

Telefono principale.....

Telefono secondario.....

Email .....

Indirizzo di residenza.....

Città..... CAP.....

Luogo e data di nascita .....

Codice Fiscale .....

### QUOTE DI ISCRIZIONE

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ISCRIZIONE 1 FIGLIO       | Totale € 450,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> ISCRIZIONE 2 FIGLI        | Totale € 840,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> ISCRIZIONE ACCOMPAGNATORE | Totale € 200,00 + IVA |

TOTALE € ..... DATA..... FIRMA.....

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

I pagamenti potranno essere effettuati tramite bonifico bancario a:

**CAPRIMED SRL - BANCO DI NAPOLI FILIALE 05000 CAPRI - IBAN IT 25 Q010 1039 7901 0000 0002 387 - BIC SWIFT IBSPITNA**

**Causale: COGNOME (FIGLIO) + SUMMER CAMP**

Il mancato versamento del saldo entro i termini previsti farà automaticamente decadere l'iscrizione al Summer Camp.



## INFORMAZIONI DEL PRIMO FIGLIO

Cognome.....

Nome .....

**SOCIETÀ CALCISTICA DI APPARTENENZA** Scrivere "nessuna" se l'iscritto non appartiene ad alcuna società calcistica

Nome società .....

**RUOLO**  Portiere  Calciatore

### ABBIGLIAMENTO

NUMERO DI SCARPA PER TAGLIA CALZE (da 25 a 45) .....

SCEGLIERE LA TAGLIA  S - Bambino  M - Bambino  L - Bambino  S - Adulto  M - Adulto  L - Adulto

**QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER I GENITORI/TUTORI** (Se non ci sono esigenze/problemi/allergie scrivere "Nessuna")

Esigenze alimentari speciali.....

Allergie .....

Condizione medica o problemi di salute.....

Condizione Medicazione prescritta.....

Dose massima permessa.....

## INFORMAZIONI DEL SECONDO FIGLIO

Cognome.....

Nome .....

**SOCIETÀ CALCISTICA DI APPARTENENZA** Scrivere "nessuna" se l'iscritto non appartiene ad alcuna società calcistica

Nome società .....

**RUOLO**  Portiere  Calciatore

### ABBIGLIAMENTO

NUMERO DI SCARPA PER TAGLIA CALZE (da 25 a 45) .....

SCEGLIERE LA TAGLIA  S - Bambino  M - Bambino  L - Bambino  S - Adulto  M - Adulto  L - Adulto

**QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER I GENITORI/TUTORI** (Se non ci sono esigenze/problemi/allergie scrivere "Nessuna")

Esigenze alimentari speciali.....

Allergie .....

Condizione medica o problemi di salute.....

Condizione Medicazione prescritta.....

Dose massima permessa.....

# SUMMER CAMP

TECNICI FIGC

5-9 giugno 2018

Capri  
MED

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
www.caprimed.com

## INFORMAZIONI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome.....

Nome .....

## ACCETTAZIONE DEL QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER GENITORI/TUTORI DEL PARTECIPANTE AL CAMP

Io, come genitore o tutore del partecipante, do il mio consenso per dare i medicinali prescritti durante il camp, nel dosaggio e secondo lo schema di cui sopra. Il genitore o il tutore devono consegnare il/i farmaco/i al personale dell'organizzazione in un sacchetto di plastica sigillato con sufficienti istruzioni per quanto riguarda il dosaggio, orario di somministrazione, e tutte le altre informazioni pertinenti. Lo STAFF dell'organizzazione del FCB Escola Camp Italia non sarà responsabile di somministrare qualsiasi farmaco che richiede formazione o che richiede abilità speciali, come le iniezioni per il diabete o le allergie. La segreteria organizzativa del FCB Escola Camp Italia dovrà essere informata di eventuali particolari esigenze mediche per determinare se il giocatore può essere accolto nel programma. I bambini con condizioni mediche contagiose non saranno autorizzati a partecipare al FCB Escola Camp Italia

Accetto il questionario obbligatorio per i genitori/tutori\*

Luogo e data .....

Firma.....

### Consenso al trattamento di dati personali forniti

In base al D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Autorizzo il trattamento dei dati identificativi ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, N.196 in formato elettronico e/o cartaceo per le finalità connesse all'accreditamento ECM. responsabile del trattamento Caprimed S.r.l.

Autorizzo il trattamento dei dati identificativi personali ai fini del trattamento a Caprimed srl e ad aziende terze per l'utilizzo ai fini di aggiornamento, diffusione di promozioni commerciali e fini diversi dall'accreditamento ecm

Luogo e data .....

Firma.....

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



**CapriMed srl**

Lo Palazzo, 24 - 80073 Capri (NA)  
tel. 081 8375841 - info@caprimed.com  
www.caprimed.com - P.IVA 05584091218