



## MODULO ISCRIZIONE ATLETI

### Dati anagrafici dell'atleta

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Residenza: via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Club di appartenenza \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici del genitore / esercente la patria potestà

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Residenza: via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Recapito durante il Course:

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono ufficio \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### L'atleta, pena l'esclusione dal Course, dovrà fornire prima dell'inizio dello stesso:

- Certificato medico di idoneità fisica conforme alle direttive F.I.R. per la categoria d'appartenenza, con scadenza non anteriore alla data di fine Course (copia).
- Fotocopia della tessera sanitaria.
- Elenco dettagliato di eventuali allergie alimentari e/o farmacologiche e terapie eventualmente in corso durante il Course.
- Informazioni sugli eventuali significativi interventi chirurgici subiti.
- Consenso al trattamento dei dati personali.
- Autorizzazione all'uscita programmata.
- Delega per il ritiro del figlio a fine Course da parte di una terza persona, adulta, autorizzazione scritta e fotocopia doc. di identità.

### Quota di partecipazione

Caparra confirmatoria di €300,00 da versare al momento dell'iscrizione.

### Formula scelta

Full Camp Residenziale (800€)\*  Day Camp Giornaliero (650€)\* \* PROMO: -20%

### Modalità di pagamento

Saldo da versare entro il 01/07/2019 a favore di

**Beneficiario:** Verona Rugby

**Banca:** Crédit Agricole Friuladria

**IBAN:** IT63A0533611700000046527640

**Causale:** Elite Rugby Course e nome del partecipante.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**L'iscrizione è subordinata alla disponibilità di posti, dovrà essere da noi confermata e si perfezionerà al saldo della quota.**

Autorizzo mio figlio a partecipare al Verona Rugby Academy Elite Rugby Course U16, autorizzo ogni intervento medico d'urgenza e radiologico si rendesse necessario durante il soggiorno.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione del regolamento e di accettarlo senza riserva.

Firma del genitore \_\_\_\_\_