



Circolo Tennis Albinea Associazione Sportiva Dilettantistica  
Via A. Grandi, 6 – 42020 Albinea (RE) - Tel. 0522/597505 - info@tennisalbinea.com

## SCHEDA DI ISCRIZIONE - MINI CAMP 2026

### APERTO AI BAMBINI NATI DALL'ANNO 2020 AL 2022

#### Dati anagrafici dell'iscritto al Mini Camp

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

Nato il \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

#### Dati anagrafici del genitore che sottoscrive la domanda di iscrizione

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

Qualifica \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_

Cell. madre \_\_\_\_\_ Cell. padre \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

E-mail di appoggio per comunicazioni  
\_\_\_\_\_

Socio ☐ Albinetano ☐ Non Socio ☐

Mattino      Mattino  
+ Pranzo

|                                                                     |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Iscrizione al turno N° 1 dal 01/07 al 03/07 (3 gg – quota scontata) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iscrizione al turno N° 2 dal 06/07 al 10/07                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iscrizione al turno N° 3 dal 13/07 al 17/07                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iscrizione al turno N° 4 dal 20/07 al 24/07                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iscrizione al turno N° 5 dal 27/07 al 31/07                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iscrizione al turno N° 6 dal 03/08 al 07/08                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

1. di essere a conoscenza e di accettare per intero le clausole inerenti la copertura assicurativa della Tessera UISP (al costo di € 5,00) prevista per i partecipanti al Summer Camp 2026 del CT Albinea.
2. di comunicare giornalmente ai responsabili del Mini Camp eventuali persone, diverse dai genitori, che saranno autorizzate ad accompagnare il proprio figlio al di fuori del Circolo al termine delle attività.
3. di allegare Scheda sanitaria per i minori compilata debitamente.

La presente con gli allegati indicati devono essere inviati a mezzo mail all'indirizzo [circolo@tennisalbinea.com](mailto:circolo@tennisalbinea.com) o consegnati in reception. Si dovrà procedere con il pagamento contestualmente all'iscrizione.

### DATI INERENTI LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:  
Che i dati sui genitori o nel caso di tutore legale di chi ne fa le veci, sono i seguenti:

#### PADRE O TUTORE LEGALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione \_\_\_\_\_  
Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_

#### MADRE O TUTRICE LEGALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione \_\_\_\_\_  
Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_

#### DELEGATO AL RITIRO DEL BAMBINO/A n.1

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione \_\_\_\_\_  
Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_

#### DELEGATO AL RITIRO DEL BAMBINO/A n.2

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione \_\_\_\_\_  
Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_

### **AGEVOLAZIONI PER SETTIMANE MULTIPLE E FRATELLI**

Da 3 a 5 settimane anche non consecutive, SCONTO APPLICATO 10% sulla quota del mattino.

Dopo la quinta settimana, SCONTO APPLICATO del 20% sulla quota del mattino.

Fratello o sorella iscritto/a allo stesso campo estivo: SCONTO APPLICATO 10% sulla quota del mattino per ogni settimana.

**TESSERA ASSICURATIVA:** € 5,00 per iscritto, valida per tutta la durata del Mini Camp 2026.

**RICHIESTA RIMBORSO:** in caso di ritiro anticipato per valido motivo con presentazione di certificato medico (entro il giovedì della settimana precedente) verrà effettuato un voucher di pari importo utilizzabile entro e non oltre il 31/12/2026 per le nostre attività.

Non è possibile la richiesta di rimborso durante la settimana di frequenza (si può eventualmente cambiare la settimana di frequenza).

### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

Il pagamento deve essere anticipato e contestuale all'iscrizione, potrà essere effettuato in contanti, con carta di credito o bancomat in Reception o bonifico bancario intestato a Associazione Sportiva Circolo Tennis Albinea, codice IBAN: IT83J0303266130010000002789 CREDEM ALBINEA, specificando nella causale "MINI CAMP nominativo bambino e settimana opzionata" ed inviando copia della distinta di bonifico alla mail [circolo@tennisalbinea.com](mailto:circolo@tennisalbinea.com).

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e segg. del c.c., il genitore \_\_\_\_\_  
accetta e

sottoscrive espressamente quanto dichiarato nel presente documento e annessi allegati di seguito citati.

Si allegano:

- MODULO PRIVACY
- SCHEDA SANITARIA PER MINORI - MODULO REGIONE EMILIA ROMAGNA

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

Il presente modulo è da consegnare in Reception o da inviare via e-mail all'indirizzo:  
[circolo@tennisalbinea.com](mailto:circolo@tennisalbinea.com)



## SCHEMA SANITARIA PER MINORI -SANITARY CARD FOR MINORS

|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                                    |                           |
| cognome-surname                                                    | nome-first name           |
|                                                                    |                           |
| Luogo e data di nascita – place and date of birth                  | nazionalità – nationality |
|                                                                    |                           |
| Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone |                           |
|                                                                    |                           |
| Medico curante – doctor in charge                                  | Codice Fiscale: AUSL      |

### VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE

### V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S   D I S E A S E S

|                                   |                        |                                                                  |                                                                                                        |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Difterite<br>Diphtheria           | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> |                                                                                                        |
| Tetano<br>Tetanus                 | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> |                                                                                                        |
| Poliomielite<br>Poliomyelitis     | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> |                                                                                                        |
| Epatite B<br>Hepatitis B          | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Pertosse<br>Pertussis             | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Emofilo b<br>Haemophilus b        | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Morbillo<br>Measles               | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Parotite<br>Mumps                 | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Rosolia<br>Rubella                | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Varicella<br>Varicella            | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Pneumococco<br>Pneumococcal       | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |
| Meningococco C<br>Meningococcal C | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - Si - Yes <input type="checkbox"/><br>Previous disease No <input type="checkbox"/> |

## ALLERGIE – ALLERGIES

|                                    | specificare - specify |
|------------------------------------|-----------------------|
| Farmaci - Drugs                    |                       |
| Pollini - Pollens                  |                       |
| Polveri - Dusts                    |                       |
| Muffe - Moulds                     |                       |
| Punture di insetti - Insect stings |                       |
|                                    |                       |

Intolleranze alimentari – Food intolerances:

Altro - Other diseases:

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità  
genitoriale Signature of the person exercising  
parental authority

I sottoscritti

(Nome e Cognome genitore 1): \_\_\_\_\_

(Nome e Cognome genitore 2): \_\_\_\_\_

in proprio ed in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale sul/la figlio/a minore  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

### **DICHIARANO**

di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016 ed autorizza "CIRCOLO TENNIS ALBINEA -ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA" al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e del figlio minore nei limiti e per le finalità di cui al Punto 4., lettere da a) ad e) della presente informativa ivi compresi quelli sanitari.

#### **Consenso ulteriore non indispensabile alla gestione del rapporto**

Prestano il loro libero consenso all'eventuale utilizzo di immagini e/o registrazioni audio/video del figlio minore per sole finalità di cui al Punto 4., lettera f) della presente informativa, ricordandole che tali dati potranno essere pubblicati su pagine social e siti internet della scrivente Associazione.

☐ **Acconsentiamo**

☐ **Non acconsentiamo**

Restituisce pertanto la presente firmata, come attestazione di ricevuta delle informazioni sopra esposte e consenso all'utilizzo delle immagini.

Albinea, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma genitore**

**Firma genitore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_