



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

SCHEDA DI ISCRIZIONE – TENNIS CAMP 2026

Aperto ad allievi nati dal 2012 al 2018

Dati anagrafici dell'iscritto al Tennis 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 Cell. _____

E-mail di appoggio per comunicazioni _____

Socio ☐ Albinetano ☐ Non Socio ☐

	Solo Attività	Attività + pranzo
Iscrizione al turno N° 1 dal 08/06 al 12/06	☐	☐
Iscrizione al turno N° 2 dal 15/06 al 19/06	☐	☐
Iscrizione al turno N° 3 dal 22/06 al 26/06	☐	☐
Iscrizione al turno N° 4 dal 29/06 al 03/07	☐	☐
Iscrizione al turno N° 5 dal 13/07 al 17/07	☐	☐
Iscrizione al turno N° 6 dal 20/07 al 24/07	☐	☐
Iscrizione al turno N° 7 dal 27/07 al 31/07	☐	☐
Iscrizione al turno N° 8 dal 03/08 al 07/08	☐	☐
Iscrizione al turno N° 9 dal 10/08 al 14/08	☐	☐
Iscrizione al turno N° 10 dal 24/08 al 28/08	☐	☐
Iscrizione al turno N° 11 dal 31/08 al 08/09	☐	☐

Il sottoscritto _____ genitore di

DICHIARA

1. di comunicare giornalmente ai responsabili del Tennis Camp eventuali persone, diverse dai genitori, che saranno autorizzate ad accompagnare il proprio figlio al di fuori del Circolo al termine delle attività.
2. di allegare alla presente certificato medico agonistico o non agonistico o copia del libretto sanitario dello sportivo dell'iscritto per i bambini dai 6 anni in su (è obbligatoria la specifica di ECG e P.A.)

Il libretto non è obbligatorio per i bambini di età compresa tra gli 0 e i 6 anni.

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

I posti sono limitati nel numero di 16 a settimana, con precedenza per chi ha frequentato la Scuola Tennis 25/26.

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 _____

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 _____

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 _____

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 _____

AGEVOLAZIONI PER SETTIMANE MULTIPLE E FRATELLI

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

Da 6 a 8 settimane anche non consecutive, SCONTO APPLICATO 20% sulla quota del mattino.

Dalla 9 settimana SCONTO APPLICATO del 30% su tutto.

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

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 "TENNIS CAMP nominativo bambino e settimana opzionata" ed inviando copia della distinta di bonifico alla mail 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

Data _____ Firma _____

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

SCHEDA 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 Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	
Poliomielite Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐ No ☐	Malattia pregressa - Sì - Yes ☐ Previous disease No ☐

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
