



AVAL-CDV
CENTRO VELA ALTO LARIO
SCUOLA VELA

MODULO ISCRIZIONE
Adolescenti 420 – vago - laser

Il/La sottoscritto/a _____

residente in via _____ n° _____

Città _____ cap _____ prov _____

Tel: _____ mail _____

chiede che

il/la proprio/a figlio/a _____

nato/a il _____ a _____ (____) C.F. _____

Possa frequentare il corso dal _____ al _____

Arrivo domenica sera

Ha già frequentato corsi da noi

Pernottamento in foresteria

Allergie alimentari: _____

Come sei venuto a conoscenza di questo corso? _____

Allego certificato medico

TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI, NOMI E VOCI DEI MINORI

(D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

AUTORIZZA l'A.S.D. AVAL-CDV a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, il prodotto fotografico, o l'eventuale ripresa video, realizzato a scopo pubblicitario - educativo - didattico, e contenente nome, immagini e voce di nostro figlio/a.

Autorizzo **non autorizzo**

data: _____ firma genitore: _____