



A.S.D. TREBISONDA
BERGAMO
WWW.TREBISONDA.ORG
TEL. 3491813827 - TREBISONDA@MAIL.COM

POSTICIPO TREBISONDA **INFANZIA "MEUCCI"**

Tesseramento A.S.D. TREBISONDA:

Cognome bambino: _____ Nome bambino: _____

Cap. _____ Città _____ Via _____

Provincia _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Scuola frequentata: _____

Sezione: _____

Allergie: _____

Cognome e nome papà: _____

Cognome e nome mamma: _____

Recapiti telefonici utili:

tel / cell _____ chi risponde: _____

tel / cell _____ chi risponde: _____

tel / cell _____ chi risponde: _____

E-mail: _____

Il sottoscritto genitore chiede il tesseramento del proprio figlio all'A.S.D. TREBISONDA, versando la quota associativa di 10 Euro.

Data _____

Firma _____

Modulo di iscrizione del bambino al posticipo TREBISONDA

Il sottoscritto genitore/tutore _____ iscrive il proprio figlio _____

_____ al posticipo TREBISONDA infanzia Meucci

per l'anno _____ / _____, in qualità di socio A.S.D. TREBISONDA.

- Autorizza l'uscita del figlio accompagnato dalle seguenti persone: _____

Si autorizza A.S.D. TREBISONDA al trattamento dei dati personali, esclusivamente a fini informativi e associativi, nel rispetto della **Legge n°196/2003** relativa alla tutela dei dati personali.

Data _____

Firma genitore _____

Durante il servizio si potrebbero scattare fotografie o realizzare riprese video in cui compariranno i bambini. Si autorizza la realizzazione di tali materiali ed il trattamento dell'immagine del proprio figlio ai soli fini interni dell'ASD, secondo il **Codice sulla Privacy D.LGS 196/03**, relativa alla tutela dei dati personali.

Data _____

Firma genitore _____

Firma incaricato A.S.D. TREBISONDA per conferma iscrizione _____