

# Club Alpino Italiano

Sezione di BESANA BRIANZA

Via Viarana 14 20842 Besana Brianza (MB)

[caibesana@tiscali.it](mailto:caibesana@tiscali.it) / [caisezionedibesana@gmail.com](mailto:caisezionedibesana@gmail.com) / [www.caibesana.it](http://www.caibesana.it)

DOMANDA DI ADESIONE ad ALPINISMO GIOVANILE 2022

I sottoscritti COGNOME NOME

Genitori/tutori di COGNOME NOME

Nato/a a  Provincia  il  /  /

Residente in  n°

Comune di  Provincia (  ) CAP

Codice fiscale  Carta d'identità

Nuova iscrizione SI'  NO  Tessera CAI n°

Telefoni cellulari dei genitori/tutori

## RICHIEDONO

L'ammissione del proprio figlio/a all'attività di Alpinismo Giovanile per l'anno 2022, organizzato dalla sezione "Emilio Villa" del Club Alpino Italiano di Besana in Brianza.

## DICHIARANO

- Di aver preso visione dello statuto associativo e delle deliberazioni degli Organi associativi impegnandosi a rispettare le norme in esso contenute in ogni loro punto;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie, e di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- Di prendere atto che l'iscrizione sarà perfezionata al versamento della quota di iscrizione

## AUTORIZZANO

- Il figlio/a a partecipare alle uscite ( come da programma in proprio possesso ) e ad utilizzare le attrezzature che si renderanno di volta in volta necessarie;

- Le riprese video/fotografiche di gruppo, le quali potranno essere utilizzate ai soli fini istituzionali nell'ambito di attività, tornei, manifestazioni, proiezioni, pubblicazioni, sito web organizzate dalla sezione
- La pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie, immagini atte a rivelare l'identità del minore sul sito, sulla stampa sociale e sezionale, ed alla sua divulgazione a scopo promozionale.

DICHIARANO INOLTRE  
che il figlio/a sopra indicato/a

<b>Ha subito</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>	<b>è allergico a</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
Ricoveri ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polline o graminacee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polveri o peli di animali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali? <input style="background-color: yellow;" type="text"/>			Alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratture ossee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? <input style="background-color: yellow;" type="text"/>		
Quali? <input style="background-color: yellow;" type="text"/>			farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ha mai avuto</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>	Quali? <input style="background-color: yellow;" type="text"/>		
Problemi cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Soffre di</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
Problemi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disturbi visivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi epatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disturbi uditivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disturbi motori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsioni febbrili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori articolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi coagulativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma cranici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epistassi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma vertebrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enuresi notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma cervicali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Prende abitualmente dei farmaci</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? <input style="background-color: yellow;" type="text"/>		
<b>Ha effettuato la vaccinazione antitetanica valida per l'anno specifico?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, le informazioni fornite dalla presente dichiarazione e rientranti nel novero dei dati "relativi alla salute" non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in assoluto e grave stato di necessità.

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI:

Besana in Brianza li \_\_\_\_\_

DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:

- Certificato medico di idoneità sportiva, valido per l'anno specifico
- Fotocopia carta identità ➤ N° 1 fototessera ( se iscritto al CAI per la prima volta )