**CIP - Comitato Italiano Paralimpico**

|  |
| --- |
| **Modulo A2 CAMPUS MINORENNI - INCAPACI** |

|  |
| --- |
| MODULO ADESIONE progetto CAMPUS ESTIVO 2024sede di Nova Siri (MT) - 16/23 Giugno  **Disabilità Fisica e Visiva (Ipovedenti e Ciechi)** |

Scheda anagrafica per i minorenni che richiedono la pratica di mera attività di avviamento allo sport in occasione del

“Campus Estivo 2024”

**COGNOME ………………………………………………………………………………. NOME …………………………………………………………………………….**

**LUOGO DI NASCITA ……………………………………………………………………………………………………………….………………. (PROV. ………………)**

**DATA NASCITA …………./…………./…………. CODICE FISCALE ………………………………………………………….………………… SESSO ………..…..**

**COMUNE DI RESIDENZA ………………………………………………………………………….……….(PROV. ………………) CAP …………….…………………**

**INDIRIZZO …………………………………………………………………………………………………………………………………………………. N° ………………..**

**TEL. ……………/……………………………......................... E-MAIL …………………………….............................................………………………………………..**

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE di Adesione al CIP e di volontà di Avviamento alla pratica sportivaIl sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore/di tutore dell'incapace, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara che il minore/incapace non è tesserato - attualmente o nell’ultimo quadriennio a una Federazione Sportiva Paralimpica o a una Federazione Sportiva Nazionale Paralimpica afferente alle discipline sportive paralimpiche che saranno praticate in occasione del Campus, nonché di accettare e riconoscere che il Comitato Italiano Paralimpico utilizzerà i propri dati personali per la copertura assicurativa infortuni e che i suddetti dati siano veritieri.**Si allega certificato medico di idoneità sportiva non agonistica rilasciato ai sensi di legge.**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma leggibile) |

**TIPOLOGIA STANZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Stanza DOPPIA con il sig./sig.ra** |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Stanza DOPPIA con BAGNO ATTREZZATO con il sig./sig.ra** |  |

**INDICAZIONI EVENTUALI ESIGENZE ALIMENTARI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Intolleranze/Allergie : |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Diete Specifiche: |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Altro: |  |

**DATI ACCOMPAGNATORE:**

Il Comitato Italiano Paralimpico sosterrà i costi per un solo accompagnatore per ognuno dei partecipanti.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME/NOME |   |
| Indicazioni eventuali esigenze alimentari Accompagnatore: |  |

* **TAGLIA ABBIGLIAMENTO DEL PARTECIPANTE
Indicare la taglia solitamente usata per T-Shirt e Pantaloncino: \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**MODALITA’ ISCRIZIONE:**

Inviare, utilizzando in via esclusiva una casella di posta elettronica certificata, la seguente modulistica all’indirizzo protocollo@pec.comitatoparalimpico.it **entro le ore 17.00 del 26 aprile 2024**:

1. **Modulo adesione (Allegato A2);**
2. **Certificato medico NON AGONISTICO oppure AGONISTICO in corso di validità (solo per i partecipanti);**
3. **Scheda Disabilità (Allegato B)**
4. **Informativa privacy del partecipante e dell’accompagnatore (Allegati C e D);**
5. **Liberatoria foto e video del partecipante e dell’accompagnatore (Allegati F e G);**
6. **Certificazione attestante la disabilità del partecipante**
7. **Documento d’identità in corso di validità del partecipante e dell’accompagnatore**

**Si prega di produrre e inviare la sopra citata modulistica in un file unico in formato PDF**

Tutti i partecipanti saranno tenuti a rispettare le eventuali normative in merito al contenimento della diffusione del Covid-19, in vigore al momento dello svolgimento dei Campus.

**ABBIGLIAMENTO CONSIGLIATO PER IL CAMPUS**

* Tuta
* T-shirt (oltre quelle fornite dall’organizzazione)
* Scarpe da ginnastica
* Occhiali da sole
* Crema da sole
* Cappello con visiera

Barrare solo se interessati

In caso di superamento del numero massimo di posti disponibili per la categoria di disabilità di appartenenza nella località prescelta e sempre che nella diversa località siano risultati esservi posti vacanti nella categoria di disabilità di appartenenza secondo quanto previsto all’art. 8 del suddetto Avviso,si dichiara il proprio interesse ad essere contattati per l’eventuale partecipazione al Campus organizzato presso la diversa località di LIGNANO SABBIADORO (UD).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma leggibile)