**CIP - Comitato Italiano Paralimpico**

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

|  |
| --- |
| MODULO ADESIONE progetto CAMPUS PARALIMPICO INVERNALEsede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indicare una location tra: Roccaraso (AQ) e Gambarie D’Aspromonte (RC) |

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

“Campus Paralimpico Invernale 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 sportiva Il sottoscritto, in qualità di esercente responsabilità genitoriale sul minore/di tutore dell'incapace, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità, dichiara che il minore/incapace di **non essere mai stata/o tesserato alla FISIP (Federazione Italiana Sport Invernali Paralimpici)** nonché di accettare e riconoscere che il Comitato Italiano Paralimpico utilizzerà i dati personali del minore/incapace per la copertura assicurativa infortuni e che i suddetti dati sono 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: | |  |

**MODALITA’ ISCRIZIONE:**

Inviare, utilizzando in via esclusiva una casella di posta elettronica certificata, la seguente modulistica all’indirizzo [protocollo@pec.comitatoparalimpico.it](mailto:protocollo@pec.comitatoparalimpico.it) **entro le ore 17:00 del 15 gennaio 2024**:

1. Modulo adesione (modulo A1 per partecipanti maggiorenni e modulo A2 per partecipanti minorenni);
2. Certificato medico NON AGONISTICO oppure AGONISTICO in corso di validità (solo per i partecipanti);
3. Informativa privacy del partecipante e dell’accompagnatore, se presente (moduli C e D);
4. Liberatoria foto e video del partecipante e dell’accompagnatore, se presente (moduli E, F e G);
5. Allegato 1 – Classificazione Fisip (solo per i partecipanti).

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

Si consiglia abbigliamento idoneo alla pratica di sport invernali