



# DICHIARO

Che mio figlio .....

(SELEZIONARE LA SCELTA INTERESSATA)

- Non ha intolleranze alimentari
  
- Non ha allergie ad alcun tipo di farmaco
  
- È intollerante/allergico alle seguenti sostanze:

.....  
.....

## DICHIARO

*Di aver preso visione dello statuto, del Regolamento e del Codice di Comportamento e di accettarli integralmente.  
Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. L. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

*AUTORIZZO le riprese di foto e video mie o di mio figlio/a relative alla documentazione delle attività sportive effettuate e la loro pubblicazione sul sito internet e sulle pubblicazioni dell'associazione, su giornali, programmi televisivi e telegiornali, locali o nazionali, al fine di rendere pubblica l'attività svolta. (per gli usi consentiti dalla legge n. 675 del 31/12/96 ex art. 10).*

Gallarate / /

Firma \_\_\_\_\_

*Per i minori: manlevo MALPENSA RUGBY, quale organizzatrice dei corsi mini rugby presso i campi sportivi Azzurri D'Italia via Dei salici, Gallarate, e Gerbone Via S. D'Acquisto, Olgiate Olona, e di eventuali trasporti da e verso i campi di allenamento e di gioco da ogni responsabilità sia diretta che indiretta (attraverso istruttori, accompagnatori o responsabili) per qualsiasi danno, incidente, infortunio o pregiudizio dovesse essere arrecato al minore*

Gallarate / /

Firma \_\_\_\_\_

Si allegano:

Modello 12

Fotocopia fronte retro Carta Identità atleta

Fotocopia fronte retro Codice Fiscale atleta

Fotocopia fronte retro Carta Identità genitore (per atleta minorenni)

Fotocopia fronte retro Codice Fiscale genitore (per atleta minorenni)

Certificato di visita medica

Certificato vaccinale

Copia dell'eseguito del bonifico a favore di Malpensa Rugby o pagamento della quota per contanti o tramite assegno bancario non trasferibile intestato a Malpensa Rugby