



Club Alpino Italiano Sezione di Varese Alpinismo Giovanile



Richiesta iscrizione ed autorizzazione all'ATTIVITA' DI ALPINISMO GIOVANILE

Il Sottoscritto.....

Residente a..... in via/piazza.....n°.....

Telef. n°..... Cell. n° Mail.....

Avendo i requisiti di legge atti ad esercitare la patria potestà sul minore:

.....

Nato a..... il.....

Autorizza il minore a frequentare l'attività di "ALPINISMO GIOVANILE 20 __" sollevando nella maniera più assoluta il sodalizio summenzionato, da ogni responsabilità civile o penale per incidenti che si avessero a verificare prima, durante o dopo ogni attività, dichiarando di accettare senza riserve il programma redatto che confermo di aver visionato in ogni sua parte, programma che a causa di condizioni meteo avverse, per problemi logistici o di sicurezza può subire variazioni di data o di meta.

Gli allievi sono coperti da assicurazione per tutte le uscite.

In fede.....

In riferimento alla legge sulla privacy si autorizza il Club Alpino Italiano all'uso e pubblicazione di materiale e foto relative a manifestazioni, attività e gite.

In fede.....

Il sottoscritto.....

Chiede di essere ammesso all'ATTIVITA' DI ALPINISMO GIOVANILE

Versa la quota di € 5,00. Tutti i partecipanti devono essere SOCI CAI.

Detta quota comprende: dispense (fotocopie) uso del materiale sociale (bussole, cartine, materiale alpinistico). Le quote relative a viaggi, rifugi, eventuali impianti di risalita verranno versate durante le gite stesse di volta in volta.

E' richiesto certificato medico di sana e robusta costituzione fisica per attività non agonistica, (anche in copia). Si invita anche a compilare le scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico (allergie ecc.) In conformità alla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali, le informazioni fornite non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.

Varese,

Firma del partecipante.....



Scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico



cognome		nome	
nato a	il	residente a	in via
n° tess. san		n° tel	

ha subito	SI	NO
ricoveri ospedalieri		
interventi chirurgici		
fratture ossee		
quali?		

è allergico a:	SI	NO
pollini o graminacee		
polvere o peli di animali		
alimenti		
farmaci		
altro		

ha mai avuto	SI	NO
problemi cardiaci		
problemi respiratori		
problemi al fegato		
problemi ai reni		
asma bronchiale		
convulsioni febbrili		
perdite di coscienza		
disturbi coagulativi		
traumi cranici		
traumi vertebrali		
traumi cervicali		
altro		

soffre di:	SI	NO
disturbi visivi		
disturbi uditivi		
disturbi motori		
mal di testa		
dolori addominali		
dolori articolari		
dolori muscolari		
epistassi		
enuresi notturna		
altro		

	SI	NO
assume medicine		
ha eseguito le vaccinazioni di legge		

data
firma

In conformità alla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali, le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.