



AUTORIZZAZIONE E LIBERATORIA PER MINORENNI

SURVIVAL DAYS A.S.D. Via G.B. Bonfante 11/5 – 17019 Varazze (SV) – C.F. 921221720095
Affiliata A.I.C.S. – Iscrizione Registro Nazionale Attività Sportive n. 1227184

1. DATI DEL MINORE E DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ

Minore: Nome _____ Cognome _____ Nato/a a _____
il _____ Residente in _____

Genitore/Tutore: Nome _____ Cognome _____ Codice
Fiscale: _____ Tel. Cell: _____
(Indispensabile per reperibilità immediata)

2. AUTORIZZAZIONE E VIGILANZA

Io sottoscritto/a, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore sopra indicato:

- **AUTORIZZO** il minore a partecipare alle attività/corsi di sopravvivenza organizzati dalla Survival Days A.S.D. nel periodo dal _____ al _____ presso _____.
- **NOMINO** il/la Sig./ra _____ quale accompagnatore incaricato della sorveglianza del minore per tutta la durata dell'evento, laddove l'attività non preveda la consegna del minore agli istruttori della ASD.
- **DICHIARO** che il minore è in possesso di regolare certificato medico per attività sportiva non agonistica in corso di validità.

3. STATO DI SALUTE E ALLERGIE

Sotto la mia responsabilità, dichiaro che il minore (barrare la voce corretta):

NON presenta allergie, intolleranze alimentari o patologie che limitino l'attività.

PRESENTA le seguenti condizioni (specificare farmaci o alimenti): _____

4. ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ E MANLEVA

Dichiaro di essere consapevole della natura delle attività (outdoor/survival) e dei rischi ad esse connessi. Sollevo la Survival Days A.S.D. e i suoi istruttori da ogni responsabilità per infortuni derivanti da:

1. Condotte imprudenti o mancato rispetto delle istruzioni da parte del minore.
 2. Omessa vigilanza da parte dell'accompagnatore terzo sopra indicato.
 3. Smarrimento o danneggiamento di oggetti personali del minore.
-

5. PRIVACY E TRATTAMENTO DATI (GDPR 2016/679)

I dati saranno trattati esclusivamente per fini istituzionali, assicurativi e di sicurezza. **ACCETTO** il trattamento dei dati personali del minore (Obbligatorio per iscrizione). **AUTORIZZO** la ripresa e pubblicazione di foto/video del minore per scopi didattici o promozionali dell'ASD (Facoltativo).

Si allega copia del documento di identità del genitore firmatario.

Data: ____ / ____ / ____

Firma del Genitore/Tutore: _____