

----- MODULO B1 -----

ISCRIZIONE GALLETO WINTER 2025

Galletto Sport Academy ssd a rl

Via Ambrogini, 5 - 40022 Castel del Rio BO

P.iva.& c.f.: 03812341208 - info@gallettosport.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

DATI DEL PARTECIPANTE OVER 16 ANNI (se hai appena compilato il mod.A inserisci solo Cognome e Nome):	
Cognome e nome	_____
Nato/a a	_____ Prov. (_____) IL ____/____/_____
Codice Fiscale	_____
Residente in	_____
Comune	_____ Prov. (_____) CAP _____
E-Mail	_____ Cellulare _____
ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____	

telefono principale (utilizzato per comunicazioni broadcast – whatsapp)

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO A GALLETO WINTER 2025

Attività: **ADULTO NO SCI**

NEL PERIODO:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1° Turno BLU - dal 05/01 al 12/01 | <input type="checkbox"/> 3° Turno BIANCO - dal 19/01 al 22/01 |
| <input type="checkbox"/> 2° Turno BLU - dal 12/01 al 19/01 | <input type="checkbox"/> 4° Turno BIANCO - dal 26/01 al 29/01 |
| <input type="checkbox"/> 3° Turno BLU - dal 19/01 al 26/01 | <input type="checkbox"/> 5° Turno BIANCO - dal 02/02 al 05/02 |
| <input type="checkbox"/> 4° Turno BLU - dal 26/01 al 02/02 | <input type="checkbox"/> 1° Turno AZZURRO - dal 08/01 al 12/01 |
| <input type="checkbox"/> 5° Turno BLU - dal 02/02 al 09/02 | <input type="checkbox"/> 2° Turno AZZURRO - dal 5/01 al 19/01 |
| <input type="checkbox"/> 1° Turno BIANCO - dal 05/01 al 08/01 | <input type="checkbox"/> 3° Turno AZZURRO - dal 22/01 al 26/01 |
| <input type="checkbox"/> 2° Turno BIANCO - dal 12/01 al 15/01 | <input type="checkbox"/> 4° Turno AZZURRO - dal 29/01 al 02/02 |
| | <input type="checkbox"/> 5° Turno AZZURRO - dal 05/02 al 09/02 |

barrare le varie caselle per iscrizioni a più turni

ACCOMODATION & TRANSFER

Scegli Hotel:

- HOTEL COLFOSCO
- HOTEL "DA CONCORDARE" (maggiorazione sul pacchetto, contattare la direzione)

NOTE PER LA PRENOTAZIONE DELLE CAMERE: _____

CON SERVIZIO DI TRASPORTO (INDICARE LA FERMATA DEL "GALLETTO WINTER BUS"):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Castel del Rio | <input type="checkbox"/> Imola S. Zennaro |
| <input type="checkbox"/> Fontanelice | <input type="checkbox"/> Imola Cà del Pozzo |
| <input type="checkbox"/> Borgo Tossignano | <input type="checkbox"/> Bologna Corticella |
| <input type="checkbox"/> Casalfiumanese | <input type="checkbox"/> Ferrara Nord |
| <input type="checkbox"/> Ponticelli – la coccinella | <input type="checkbox"/> NESSUN TRASPORTO |
| <input type="checkbox"/> altra fermata (da concordare con la direzione) _____ | |

NOTE VARIE PER IL TRASPORTO: _____

**Manifestazione del consenso e presa visione (Privacy, Regolamento UE n. 2016/679 –
Regolamento SSD & Campi invernali)**

1. DICHIARO di aver provveduto al tesseramento del partecipante indicato sopra.
2. DICHIARO di aver preso visione del regolamento interno e dello statuto della GSA ssd a rl condividendone le finalità istituzionali e i valori.
3. CONFERMO che in caso di rinuncia la quota versata mi verrà integralmente restituita solo nel caso che abbia regolarmente pagato all'iscrizione ed entro il 31 dicembre la quota di euro 40,00 a copertura rischio "impossibilità alla partenza causa problematiche Covid e/o malattie". In tutti gli altri casi non sono previsti rimborsi parziali o totali o recuperi per giorni di assenza.
4. Autorizzo ad inviare comunicazioni tramite Email / SMS / WhatsApp in merito allo svolgimento delle attività SPORTIVE al telefono indicato sopra alla voce "telefono principale utilizzato per comunicazioni broadcast".
A tale scopo si richiede di salvare tra i propri contatti il numero 324 0957228, diversamente non sarà possibile ricevere i messaggi WhatsApp inviati tramite liste broadcast.
5. Accetto i termini e le condizioni della Privacy Policy (<http://www.gallettovacanze.it/privacy-policy/>)

OPZIONE "RINUNCIA VIAGGIO PER MALATTIA" (40.00 euro)

Barrare in caso di adesione

- Rimborso per "RINUNCIA VIAGGIO" causa malattia (facoltativa)**

L'opzione prevede il rimborso INTEGRALE della quota di iscrizione già versata qualora sussista l'impossibilità alla partenza causa malattia del tesserato o di un componente del suo nucleo familiare partecipante all'attività sportiva. La malattia deve essere comprovata da opportuno certificato medico.

Luogo e data: _____

Firma del tesserato

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale

ALLEGATI

- COPIA CERTIFICATO MEDICO-SPORTIVO del partecipante al camp (sono esonerati i bambini sotto i 6 anni di età) oppure se il partecipante è residente in Emilia Romagna, COPIA LIBRETTO SPORTIVO in corso di validità entro la fine del camp. Tali documenti hanno scadenza 365gg dopo la visita medica.