



## MODULO ADESIONE ATLETA AL PROGRAMMA SPECIAL OLYMPICS ITALIA

(Compilare uno per ogni Atleta)

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO.....

INDIRIZZO.....

CITTA'.....PR.....CAP.....

TELEFONO.....EMAIL.....

EZIOLOGIA PRIMARIA (se conosciuta).....

SINDROME DI DOWN    SI  NO

USA CARROZZINA    SI  NO

TEAM DI APPARTENENZA.....

MI ALLENO E COMPETO NELLE DISCIPLINE.....

MI ALLENO MA NON COMPETO NELLE DISCIPLINE.....

PARTECIPO AD ATTIVITA' UNIFICATE SI  NO  NELLE DISCIPLINE.....

MI ALLENO NEI SEGUENTI SPORT ( indicare con una X tutti gli sport in cui mi alleno):

Estivi  
ATLETICA  
BADMINTON  
BOCCE  
BOWLING  
CALCIO  
CANOTTAGGIO/ROWING  
EQUITAZIONE

GINNASTICA ARTISTICA  
GINNASTICA RITMICA  
GOLF  
MOUNTAIN BIKE  
NUOTO  
NUOTO ACQUE APERTE  
PALLAVOLO  
PALLACANESTRO

TENNIS  
TENNISTAVOLO  
TRIATHLON  
Invernali  
RACCHETTE DA NEVE  
SCI ALPINO  
SCI DI FONDO  
SNOWBOARD

FLOOR HOCKEY  
Progetti  
M.A.T.P.  
ALPs  
Young Athletes Program

Io sottoscritto dichiaro di voler aderire al Programma Special Olympics Italia condividendone filosofia, principi fondamentali, regolamenti tecnici e codice di condotta.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati indicati nel presente modulo da me compilato sono veritieri.

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di aver consegnato la certificazione che attesta la disabilità intellettiva ed il certificato di stato di buona salute (art.2 D.M. 28/2/1983) per lo svolgimento di attività sportiva non agonistica al Presidente del Team/Società a cui appartengo. Sono consapevole che, nel caso di Sindrome di Down, Special Olympics Italia raccomanda di eseguire un esame radiografico nelle proiezioni standard e dinamiche del rachide cervicale al fine di individuare eventuali patologie correlate alla Sindrome di Down. Tale esame è consigliato per tutti gli sport e in particolare: stile farfalla e tuffi di partenza nel nuoto, pentathlon, salto in alto, sport equestri, ginnastica artistica, calcio, sci alpino, snowboard e qualsiasi esercizio che comporti un eccessivo sforzo sulla testa o sul collo. I referti dovranno essere visionati dal medico che rilascerà il certificato di stato di buona salute.

Firma Atleta maggiorenne/firma di colui che ha il potere di assistere o rappresentare l'Atleta nella sottoscrizione del presente modulo (ivi incluso l'amministratore di sostegno)

.....Data .....

.....

<sup>1</sup> La foto tessera è necessaria per gli atleti che non acconsentono all'uso della propria immagine allo scopo di pubblicizzare, promuovere, sostenere o comunicare le attività di Special Olympics Italia.

Dichiaro di aver letto l'informativa ai sensi dell'art. 13, d.lgs. n. 196 del 30.6.2003 allegata al presente modulo e di acconsentire al trattamento dei dati personali, compresi quelli raccolti mediante il presente modulo di adesione, per le finalità e secondo le modalità indicate nella predetta informativa, con particolare riferimento al trasferimento a terzi dei miei dati personali, anche in paesi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

Firma Atleta maggiorenne/firma di colui che ha il potere di assistere o rappresentare l'Atleta nella sottoscrizione del presente modulo (ivi incluso l'amministratore di sostegno)<sup>2</sup>

.....Data .....

Con la mia firma, autorizzo Special Olympics Italia a fare uso della mia immagine video o fotografica, senza alcun indennizzo, allo scopo di pubblicizzare, promuovere, sostenere o comunicare le attività di Special Olympics Italia.

Firma Atleta maggiorenne/firma di colui che ha il potere di assistere o rappresentare l'Atleta nella sottoscrizione del presente modulo (ivi incluso l'amministratore di sostegno)

.....Data .....

---

<sup>2</sup> Questa autorizzazione è necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO al Programma Special Olympics Italia.