



## ISCRIZIONE

Nome: ..... Cognome..... Totem:.....

Data di nascita: ..... Nazionalità: ..... Rapp. Legale: .....

Via e No: ..... NAP e Città: .....

Telefono fisso: ..... Cellulare:.....

Indirizzo e-mail: ..... No. AVS: .....

Allergie: ..... Alimentazione particolare: .....

Malattie e medicine particolari: (claustrofobia, vertigini...): .....

### Capacità di nuoto:

Non sa nuotare                       sufficiente                       medio                       bravo

### COME HA SCOPERTO LO SCOUTISMO?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Navigando in rete             | <input type="checkbox"/> Pubblicità della sezione (volantini, articoli di giornale) o della zona |
| <input type="checkbox"/> Portato da un/a amico/a scout | <input type="checkbox"/> Altro _____   |
| <input type="checkbox"/> Convinto dai genitori         |  |

### Distruzione dei dati:

La Sezione Scout Lugano 1915 garantisce la confidenzialità dei dati sopracitati. L'unico ad avere accesso al formulario di iscrizione è il responsabile dell'attività. Il formulario non potrà né essere divulgato a terzi, né riprodotto (fotocopie o altro). Per garantire la privacy dei nostri attivi, alla fine di ogni anno scout e di ogni campo estivo, questo formulario verrà distrutto.

### Liberatoria:

Il sottoscritto quale detentore dell'autorità parentale dell'attivo/a **autorizza** la Sezione Scout Lugano 1915 a trasmettere i suoi dati personali indicati sopra a Scoutismo Ticino e al Movimento Scout Svizzero, dietro garanzia che tali dati saranno utilizzati solo per gli scopi non commerciali previsti dai rispettivi statuti (invio della rivista scout Sarasani, di circolari, comunicazioni e censimenti).

In oltre, autorizzo la pubblicazione a titolo gratuito delle foto e/o video dell'attivo/a scattate/girate durante le attività scout sul sito internet, canale youtube sezionale e sui social della Sezione Scout Lugano 1915 e di Scoutismo Ticino, sulla rivista scout Sarasani e su eventuali altre pubblicazioni inerenti lo scoutismo ticinese.

Autorizzo il Capo Unità a somministrare in caso di estrema necessità medicinali da banco, quindi medicinali che NON hanno bisogno di ricetta medica. (Es. imodium, bioflorin, ...)

Autorizzo a condividere i dati riguardanti indirizzo e numero di telefono dei genitori del Castoro/Lupetto/Esploratore/Pioniere/Animatore con gli altri genitori e/o membri della sezione, con l'unico scopo di permettere la condivisione dell'auto (carsharing) per andare/tornare da attività.

Firmato confermo di aver compilato in modo veritiero e in fede.

Data e firma dell'autorità parentale: .....