

**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):

<u>Estivi</u>	GINNASTICA ARTISTICA	TENNIS	FLOOR HOCKEY
ATLETICA	GINNASTICA RITMICA	TENNISTAVOLO	<u>Progetti</u>
BADMINTON	GOLF	TRIATHLON	M.A.T.P.
BOCCE	MOUNTAIN BIKE	<u>Invernali</u>	ALPs
BOWLING	NUOTO	RACCHETTE DA NEVE	Young Athletes Program
CALCIO	NUOTO ACQUE APERTE	SCI ALPINO	
CANOTTAGGIO/ROWING	PALLAVOLO	SCI DI FONDO	
EQUITAZIONE	PALLACANESTRO	SNOWBOARD	

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 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.

Dichiaro di aver letto l'informativa privacy allegata al presente modulo e che, pertanto, sono a conoscenza che Special Olympics Italia potrà rivelare a ai soggetti coinvolti nell'organizzazione delle sue attività i miei dati personali (anche sensibili), compresi quelli raccolti attraverso questo materiale di adesione, per la tutela della mia salute nell'ambito delle attività organizzate da Special Olympics Italia, nonché per organizzare servizi relativi a tali attività.

Con la firma, autorizzo Special Olympics Italia Onlus al trattamento dei miei dati personali (anche sensibili), come descritto nell'allegata informativa *privacy*, in riferimento al D.lgs. 30.06.2003 N° 196 e successive modifiche.

Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/ Genitore (se l'Atleta è interdetto o minorenne)

.....Data .....

Con la firma, autorizzo Special Olympics Italia Onlus 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.

Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/ Genitore (se l'Atleta è interdetto o minorenne)

.....Data .....