



**ROSSIWALLS**  
FACCIAE VENTILATE

**Stella**  
TRASPORTI e LOGISTICA



**QUANTO COSTA?**

1 SETTIMANA: 220 EURO

2 SETTIMANE: 370 EURO

3 SETTIMANE: 500 EURO

2° FRATELLO / SORELLA 50 EURO DI  
SCONTO A SETTIMANA

IBAN

IT 08 T 05034 53690 000000011221

**CHIUSURA ISCRIZIONI**

Venerdì 30 maggio Riservato ai  
bambini/e dal 2012 al 2017

**RIFERIMENTI**

SEGRETERIA-Perico Flavio 338  
3766160

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

Consegnare in segreteria presso lo  
stadio di Ciserano i giorni lunedì e  
giovedì dalle 18 alle 19:30 oppure a  
mezzo mail a  
segreteria1@virtusciseranobergamo.it.  
L'iscrizione è subordinata al  
versamento della quota con bonifico  
bancario con causale Nome Cognome  
Codice Fiscale atleta

con la presente il sottoscritto autorizza l'iscrizione e acconsente al trattamento dei  
dati personali ad uso della VCBG SUMMER CAMP in conformità con il regolamento  
UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati). La presente vale  
anche come liberatoria per l'utilizzo promozionale o didattico delle foto e dei video  
che verranno utilizzati durante la l'iniziativa del Summer Camp per i quali non verrà  
preteso alcun titolo o ragione. Sono inoltre a conoscenza del regolamento del  
SUMMER CAMP e accetto tutte le condizioni proposte.

# VCBG SUMMER CAMP 2025

## MODULO DI ISCRIZIONE

SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

### DATI GENITORI AVENTI PATRIA POTESTA'

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_  
Telefono/cellulare \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

### DATI PARTECIPANTI AL CAMP

1° SETTIMANA ( 09 - 13 GIUGNO )  2° SETTIMANA ( 16 - 20 GIUGNO )  
 3° SETTIMANA ( 23 - 27 GIUGNO )

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_  
Società di appartenenza \_\_\_\_\_  
Taglia \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_  
Ruolo preferito \_\_\_\_\_  
Problemi alimentari \_\_\_\_\_  
Allergie, intolleranze e cure mediche \_\_\_\_\_

Il sottoscritto

Firma del genitore