



Centro Minibasket "Pol. Basket Roncaglia"

MODULO DI ISCRIZIONE AL PERIODO DI PROVA

Cognome	Nome	
nato/a a	Prov.	il
Nazionalità	Cittadinanza	
Residente in	Comune	
CAP	Prov.	Codice Fiscale
Cell. mamma	Cell. papà	Email
Certificato medico valido fino al:		

Io sottoscritto/a _____ in qualità di (1) _____
dell'atleta _____ chiede di poter iscrivere il proprio figlio/a alla prova di due settimane
a partire dalla data odierna, per un totale di quattro lezioni consecutive, al Centro Minibasket "Pol. Basket Roncaglia" cod. FIP
071073.

Dichiara di:

- essere a conoscenza che per il periodo di prova è obbligatorio consegnare in originale un certificato medico per la pratica di attività sportiva non agonistica che sarà restituito nel caso di mancata iscrizione al Centro Minibasket;
 - acconsentire, ai sensi del D.lgs 196/2003, al trattamento dei dati personali da parte del Centro Minibasket per l'organizzazione delle attività sportive e per gli adempimenti di natura amministrativa e previsti dalla FIP.
 - obbligarsi a vigilare il minore durante il periodo e le lezioni di prova che il proprio figlio/a sosterrà presso il Centro Minibasket "Pol. Basket Roncaglia", liberandolo da ogni e qual si voglia responsabilità in merito ad eventuali danni all'integrità psico-fisica che il proprio figlio/a minore dovesse subire nell'esercizio dell'attività sportiva nel periodo di prova.
- Si dichiara infine di esonerare da responsabilità il Centro Minibasket "Pol. Basket Roncaglia" ed ogni suo dipendente o incaricato da ogni e qualsivoglia responsabilità per danni a persone o cose che il minore dovesse causare nel periodo di prova nello svolgimento dell'attività sportiva.

Data _____

Firma del genitore _____

(1) Specificare il grado di parentela