



Modulo tesseramento ATLETI

Club richiedente

[Empty box for Club name]

Indirizzo

[Empty box for Address]

n°

[Empty box for number]

C.A.P.

[Empty box for C.A.P.]

CITTA'

[Empty box for City]

Presidente

[Empty box for President name]

tel. Club

[Empty box for Club phone]

tel. Referente (cellulare) - Se diverso da Presidente, indicare nominativo

[Empty box for Referent phone]

Mail

[Empty box for Email]

Skype

[Empty box for Skype]

Fax

[Empty box for Fax]

ATTIVITA'

| | | | | | |
|---|--|-----------------|--|--------------------------|--|
| 01 Teamgym | | 02 Acrosport | | 03 Ropeskipping | |
| 04 Mini Tramp | | 05 Cheerleading | | 06 Wheel Gym | |
| 07 Tumbling | | 08 Easy Gym | | 09 Super Team (Estetica) | |
| 10 Street Gym (Break Dance, Capoeira, Parkour...) | | | | 11 Acro Dance | |

Si prega di utilizzare un modulo per ogni Club, categoria, incarico, dettagliando i nominativi dei singoli componenti

Se il numero dei partecipanti è superiore a 20 utilizzare un altro modulo indicando in calce il n° progressivo di pagina.

| N° | COGNOME e NOME Indirizzo | DATA Nasc. - Luogo | Sesso | n° Tessera | Attività (indicare numero/i) - Privacy si o no |
|----|-----------------------------|-----------------------|-------|---------------|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Io sottoscritto in qualità di Presidente e rappresentante dello scrivente Club, dichiaro sotto la mia responsabilità che tutti i dati sono corretti e da me verificati, che tutti gli atleti sono in regola con il certificato medico richiesto dalla vigente legge in materia e da tutte le norme a carattere locale e regionale e che i minori hanno la necessaria autorizzazione da parte della patria potestà.

Dichiaro inoltre che NON intendo avvalermi di una copertura assicurativa di base in quanto già assicurati per infortuni e responsabilità verso terzi e allego al presente modulo copia della polizza.

Dichiaro inoltre che INTENDO avvalermi della copertura assicurativa di base tramite la convenzione con l'ASAC/AICS

Data _____

Firma _____

Timbro