

A.s.d. CENTRO VELICO OSPEDALETTI

C.F. 90101970086___, affiliata CSAIN e riconosciuta CONI



Iscrizione CAMP VELA anno 202

Dati partecipante:

Cognome Nome

Nato/a il

Codice Fiscale

Residente in via..... n.

Cap Città..... Prov.....

Dati genitore/tutore/legale affidatario:

Cognome Nome

Nato/a il

Residente in via..... n.

Cap Città..... Prov.....

Codice Fiscale

Tel./Cellulare

Indirizzo e-mail

In qualità di: ☐ padre ☐ madre ☐ tutore o legale affidatario.

Desidera partecipare alle seguenti settimane :

- GIUGNO dal al

- LUGLIO dal al

- AGOSTO dal al

- SETTEMBRE dal al

AUTORIZZO MIO FIGLIO/A A PARTECIPARE AI CORSI VELA



Dichiaro di aver preso visione e di accettare lo Statuto dell'Associazione ed i Regolamenti nel caso di partecipazione a corsi organizzati dall'associazione e del codice etico; dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa sui dati personali (pagina successiva) ed autorizzazione sull'eventuale utilizzo di immagini/foto.

L'Associazione Sportiva Dilettantistica CENTRO VELICO OSPEDALETTI C.V.O. A.s.d. richiede obbligatoriamente, per lo svolgimento delle attività, un certificato medico di idoneità sportiva non agonistica, oppure agonistica nel caso partecipazione ad attività avente carattere agonistico riconosciute (tornei, stage, corsi di formazione, ecc..)

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELLE IMMAGINI

Il/La sottoscritto/a prendo atto del fatto che:

- nel corso delle varie attività dell'Associazione potranno essere realizzati dei filmati o riprese
- delle immagini fotografiche

ove potrà essere presente la propria immagine singolarmente o insieme ad altri frequentatori delle varie attività. Tali immagini e filmati, nel rispetto della finalità divulgativa delle attività, potranno essere utilizzati dall'Associazione o dall'Ente che patrocina l'attività.

Data Ospedaletti, li..... //202.....

Firma del dichiarante:

.....

- Il genitore o chi esercita la patria potestà dichiara che l'allievo **SA NUOTARE.**
- Il genitore o chi ne esercita la patria potestà **SOLLEVA DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ LA ASD CENTRO VELICO OSPEDALETTI**

Firma del genitore per consenso

.....