

# ASD Centro Gioco Sport "A. Coselli"



Scuola Federale di Pallavolo



## SCHEDA ISCRIZIONE 2017/2018

Attività : \_\_\_\_\_

### Dati Atleta

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono Atleta \_\_\_\_\_ Cell Atleta \_\_\_\_\_

E-mail Atleta \_\_\_\_\_

### CONSENSO PER ATLETA MINORENNE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell 1 \_\_\_\_\_ Cell2 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Genitore avente la patria potestà dell'atleta minorenne riportato nella scheda

### CHIEDE

L'iscrizione del/la proprio/a figlio/a all'ASD Centro Gioco Sport "A Coselli" quale socio/a atleta per l'anno sportivo 2017/2018 e autorizzo l'Associazione medesima a tesserare il minore con la FIP e/o Ente di Promozione Sportiva per l'eventuale disputa di Campionati Federali, tornei, saggi, esibizioni con giuria

Pagamento quota: barrare la casella

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodo Pagamento:
Prova 2 Lezioni	Pagamento in 2 rate	Saldo all'iscrizione	
€ _____	€ _____ all'atto dell'iscrizione	€ _____	<input type="checkbox"/> Contanti / Assegno
	€ _____ (entro il 15 dicembre)		<input type="checkbox"/> Bonifico

**Prendo atto che in caso d'interruzione del corso per cause non inerenti la Società, la quota non verrà rimborsata ed il corso dovrà essere saldato ugualmente**

Nome e Cognome dell'altro genitore: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Trieste \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riservato alla Segreteria, ricevuta il \_\_\_\_\_ Visita medica scadenza: \_\_\_\_\_

# ASD Centro Gioco Sport "A. Coselli"



Scuola Federale di Pallavolo



## AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Genitore dell'atleta minorenni \_\_\_\_\_

Tesserata/o e/o iscritta all'ASD Centro "ACoselli" Trieste per la stagione sportiva 2017/2018

## AUTORIZZA

- Ai sensi e per gli effetti degli art.13 e 23 del D. LGS n196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo il proprio consenso al trattamento dei dati del proprio/a figlio/a forniti tramite la scheda d'iscrizione
- La pubblicazione nel sito web [www.centrocosegli.it](http://www.centrocosegli.it) del nominativo dell'atleta, di foto di gioco e/o filmati concernenti attività svolte dalla suddetta società

### Dichiaro sotto la mia esclusiva responsabilità

Che mia/o figlia/o è stata/o accuratamente visitata/o da un medico che ne ha concesso l'idoneità fisica a partecipare ai corsi proposti dal Centro Caselli ed alle attività federali e tornei proposte, impegnandomi a consegnare presso la segreteria dell'ASD Centro A Caselli, fotocopia della certificazione ENTRO IL : \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso appuntamento con il medico curante, per la visita medica per il rilascio della certificazione all'idoneità fisica non agonistica, per il: \_\_\_\_\_

Trieste \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_