



A.S.D. U.S. CHIAVENNESE – POLISPORTIVA 1902 SEZIONE CICLISMO - MTB

DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE

Il/La sottoscritto/a
chiede di iscrivere il minore
sul quale esercito la potestà genitoriale, al corso di MTB organizzato dalla società dilettantistica A.S.D.
U.S. Chiavennese - Polisportiva sezione ciclismo - MTB.

Allego alla presente:

- Certificato medico di stato di buona salute che sollevi la società A.S.D. U.S. Chiavennese - Polisportiva da ogni responsabilità in tal caso
- Documento di identità dei genitori e del figlio

Firmando il presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16. L'informativa è consultabile sul nostro sito www.cpvvalchiavenna.it oppure è possibile richiederla al Centro Polisportivo Valchiavenna.

IL SOTTOSCRITTO, IN QUALITA' DI GENITORE O DI ESERCITANTE DELLA PATRIA POTESTA', DICHIARA DI ASSUMERE LA PIENA RESPONSABILITA' DELLA PARTECIPAZIONE DI PROPRIO FIGLIO AL CORSO MTB ORGANIZZATO DALLA SOCIETA' SPORTIVA DILETTANTISTICA, ESONERANDO LA STESSA SOCIETA' DA OGNI RESPONSABILITA' PER EVENTUALI INCIDENTI O DANNI A COSE E PERSONE CHE SI DOVREBBERO VERIFICARE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' STESSA.

FIRMA _____

MODULO D'ISCRIZIONE (DATI DEL MINORE O DEL TESSERATO)

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A IL _____ A _____

NAZIONALITA' _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

INDIRIZZO _____

TELEFONI _____

CODICE FISCALE DEL TESSERATO _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Quota Corso: 45 €

Bonifico bancario: **IT23 J056 9652 1100 0000 5679 X32** (banca popolare di Sondrio)

Intestato a: A.S.D. U.S. CHIAVENNESE - POLISPORTIVA

Causale: Iscrizione corso MTB (nome cognome del tesserato)

Inviare il tutto via e-mail al seguente indirizzo: chiavennese@virgilio.it

Per maggiori informazioni chiamare: **Salvatore 338 662 9276**

L'ISCRIZIONE SARA' VINCOLATA ALLE FIRME DEI GENITORI E ALLA CONSEGNA DI TUTTI I DOCUMENTI
RICHIESTI COMPRESO IL PAGAMENTO.