



MODULO DI ISCRIZIONE S.A.T. ANNO 2017/2018

Spazio riservato all'allievo

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: M F

RESIDENTE A _____ (prov) _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO _____ (prov) _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Gruppo S.A.T. 2017/2018 _____

Codice Fiscale (se nuovo iscritto) _____

Spazio riservato al genitore

Io sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ (prov) _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

email: _____

CHIEDO

L'iscrizione di mio/a figlio/figlia alla SCUOLA TENNIS dell'
A.S.D. Tennis Club Arzachena.

Dichiaro di aver preso visione e di accettare il Regolamento allegato al presente foglio. Mi impegno inoltre a versare la quota di € 30,00 come tassa d'iscrizione. Autorizzo il T.C. Arzachena al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 della legge 196/2003 e all'uso di materiale audio-video finalizzato alle attività promo-istituzionali dell'Associazione.

Data Scadenza Certificato Medico ____/____/____ ____/____/____

AUTORIZZO:

NON AUTORIZZO:

N.B. Ai fini dell'ammissione ai corsi è obbligatorio allegare alla presente iscrizione un certificato medico di idoneità sportiva agonistica rilasciato da un medico sportivo; ad Arzachena è possibile prendere appuntamento presso "Dianel" Servizi Medici Specialistici ,in Via A.Volta 10 , telefono 078982456 oppure 3669923429 .

DATA ____/____/____

Firma _____