
RICHIESTA ISCRIZIONE / RACCOLTA DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritto _____ (padre/madre) richiedo per mio figlio
l'associazione a U.S. Aquila, per la partecipazione ai corsi di BASKET / MINIBASKET.

Firma

DATI ANAGRAFICI DELL'ATLETA

(da compilare interamente e riconsegnare al più presto per poter attivare la copertura assicurativa per gli atleti) – riconsegnare **assieme alla fotocopia del LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO**. A partire dagli 11 anni è obbligatoria la Visita Medica per attività sportiva agonistica da effettuare presso il centro di Medicina Sportiva di Guastalla, da prenotare presso i CUP come le normali visite.

cognome e nome: _____ nato a: _____

il: ____ / ____ / ____ residente a: _____ CAP: _____

via: _____ n.: _____

telefono: ____ / ____ e-mail: _____

CODICE FISCALE: _____

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE 675/96: I dati personali comunicati verranno utilizzati nel rispetto della legge n. 675 del 31/12/1996 per la tutela del diritto di riservatezza, per i soli fini dell'associazione e del tesseramento presso CONI, ENTI DI PROMOZIONE SPORTIVA, F.S.N.; si autorizza l'associazione alla realizzazione di materiale fotografico o video durante partite e allenamenti per la pubblicazione su video, web, stampa e social media. La revoca dell'autorizzazione va richiesta vi amail a: 002567@spes.fip.it

Firma del genitore
