



**ASSOCIAZIONE SPORTIVA
TENNIS TAVOLO
REGGELLO**
Via L. da Vinci n° 2g – 50066 Reggello (FI)
Tel. 055-868423 Fax 055-868423
P.IVA e C.F. 05952120482

MODULO RICHIESTA ATTIVITA' SPORTIVA

Anno _____

Luogo: _____ Data: _____

TRATTAMENTO DATI: (contrassegnare casella e firmare per accettazione)

Ho letto l'informativa e do il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Firma per accettazione:

(Per i minori è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà.)

ACCETTAZIONE STATUTO E REGOLAMENTO: (contrassegnare casella e firmare per accettazione)

Ho preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e li accetto integralmente.

Firma per accettazione:

(Per i minori è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà.)

QUOTA MENSILE: (contrassegnare casella e firmare per accettazione)

- Accetto di versare, 25,00 (1) € /40,00 (2) € MENSILI _____,00 €
come contributo all'attività sportiva per l'anno corrente.
- Tessera ingressi.
(1) Per i minori di 18 anni (2) Maggiorenni (3) _____

Firma per accettazione:

(Per i minori è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà.)

RESPONSABILITA': (contrassegnare casella e firmare per accettazione)

Declino l'A.S.D.T.T. Reggello da qualsiasi responsabilità per incidenti e/o infortuni durante lo svolgimento dell'attività.

Firma per accettazione:

(Per i minori è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà.)

DATI PERSONALI:

Nome:		Cognome:		Codice Fiscale:	
Professione:		Luogo di nascita:		Data di nascita:	
Indirizzo:		C.A.P.:	Città:		Provincia:
Telefono:	Cellulare:	Fax:	E-mail:		

Note eventuali:

Certificato Medico: (contrassegnare casella e firmare per accettazione)

- Dichiaro di allegare il certificato medico per attività sportiva
- Agonistica Non Agonistica
- Con validità di legge.

Firma per accettazione:

(Per i minori è necessaria la firma di chi esercita la patria potestà.)

Compilare in tutte le sue parti il presente modulo ed inoltrarlo.
Riceverai successivamente comunicazione di accettazione della tua iscrizione.
La quota mensile si paga ogni tre mesi ed entro i primi 10 giorni del mese di scadenza pena l'esclusione dalle attività .

Spazio riservato all'Associazione:

Data ricevimento richiesta:	Data ricezione:	Domanda accettata il:	Certificato Medico:
-----------------------------	-----------------	-----------------------	---------------------