

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DI VELA

base

perfezionamento

pre-agonismo

Altura / Minialtura

agonismo

## ALLIEVO

NOME : \_\_\_\_\_ COGNOME : \_\_\_\_\_  M  F

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

COD. FISCALE. : \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CITTA': \_\_\_\_\_ CAP : \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

PRECEDENTI ESPERIENZE VELICHE  NO  SI QUALI ? \_\_\_\_\_

SAI NUOTARE  SI  NO

CERTIFICATO MEDICO  SI  NO

### Dotazioni individuali Richieste :

Giubbotto salvagente (personale)

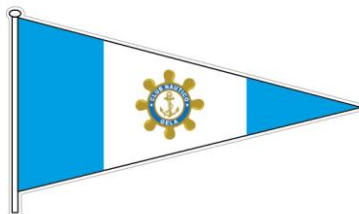
Abbigliamento comodo e sportivo (tuta da ginnastica, scarpe)

Sufficienti ricambi di magliette e calzoncini

Muta e Costumi da bagno

Un paio di scarpe / stivaletto da deriva

Crema solare, cappellino ed occhiali da sole



## GENITORE (da compilare solo per i minori)

NOME : \_\_\_\_\_ COGNOME : \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

L'iscrizione al corso sarà valida solo con il versamento di un acconto pari al 50% della quota. Nel caso il corso non possa essere effettuato detta quota verrà restituita.

Quota Iscrizione: €uro \_\_\_\_\_ Pagato  SI  NO

La quota di iscrizione comprende la tessera FIV (obbligatoria per assicurazione), il materiale didattico, i gadget della scuola.

Il pagamento può avvenire in contanti o con assegno direttamente presso la segreteria, o presso gli incaricati

### Dichiarazione di Responsabilità

Io sottoscritto genitore dell'allievo \_\_\_\_\_ autorizzo mio figlio/a alla pratica della vela utilizzando una barca del **Club Nautico Gela** e rinuncio fin da ora a qualsiasi rivalsa nei confronti dell'associazione o dei suoi responsabili per qualsiasi incidente dovesse capitare a mio figlio/a durante l'esercitazione dell'attività velica.

Oltre a ciò mi dichiaro corresponsabile in solido con l'associazione **Club Nautico Gela** e con i suoi responsabili per eventuali danni provocati a terzi da mio figlio/a.

Dichiaro inoltre che mio figlio/a è in possesso dei requisiti fisici e di salute necessari per la partecipazione al corso come attestato da certificato medico in corso di validità.

Letto ed accettato senza riserva alcuna.

DATA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali (ai sensi della Legge sulla privacy) ai soli fini istituzionali dell'associazione.

DATA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_