



MODULO DI ISCRIZIONE S.A.T. ANNO _____ / _____

Spazio riservato ai dati dell'allievo/a

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ (_____)

VIA _____ N° _____ CAP _____

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

TEL. _____ CELL. _____

E-mail _____ Codice Fiscale _____

Gruppo S.A.T. (spazio riservato alla Segreteria) _____

Spazio riservato ai dati del genitore

Io sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ (_____)

VIA _____ N° _____ CAP _____

TEL. _____ CELL. _____

E-mail _____

CHIEDO

L'iscrizione di mio 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 Certificato Medico Emissione ____/____/____ Scadenza ____/____/____

AUTORIZZO:

NON AUTORIZZO:

N.B.: ai fini dell'ammissione ai corsi è obbligatorio allegare alla presente iscrizione un certificato medico di idoneità sportiva o agonistica.

DATA ____/____/____

FIRMA _____