



## MODULO ISCRIZIONE

Il /la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore  
(o di chi ne fa le veci) di

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| NOME:             | COGNOME:         |
| LUOGO DI NASCITA: | DATA DI NASCITA: |
| INDIRIZZO:        | CITTA':          |
| CODICE FISCALE:   | CITTADINANZA:    |
| TEL. CASA:        | E-MAIL :         |
| CELL.MAMMA:       | CELL. PAPA':     |

### CHIEDE

l'iscrizione del figlio/a sopra indicato/a al corso di mini volley organizzato dalla Società Sportiva Aldeno ASD, SEZIONE ALDENOVOLLEY, per la stagione 2016/2017.

Prende atto che l'iscrizione sarà considerata completata solo dopo la consegna di un certificato medico non agonistico, valido per il periodo di frequenza dei corsi.

**In mancanza di tale certificato, per motivi assicurativi, a partire dal mese di NOVEMBRE, nostro malgrado saranno interrotti gli allenamenti dell' atleta fino alla consegna dello stesso.**

**FIRMA DEL GENITORE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'ATLETA**

\_\_\_\_\_



**SOCIETA' SPORTIVA ALDENO A.S.D.**

**Via alle Albere, n.3 38060 ALDENO – Trento**

Tel. 3336870520 –3483368722e-mail: aldenovolley@gmail.com

P.IVA e C.F. 01483760227

Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta

Il sottoscritto Remo Cramerotti, in qualità di legale rappresentante della Società Sportiva Aldeno A.S.D. con sede in via delle Albere, 3 in Aldeno (Tn), affiliata Fipav

CHIEDE

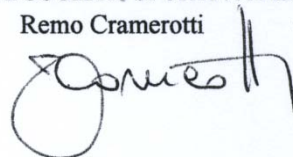
che l'atleta \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

sia sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D M. 28 febbraio 1983.

IL PRESIDENTE SOCIETA' SPORTIVA ALDENO

Remo Cramerotti



Data \_\_\_\_\_



**SOCIETA' SPORTIVA ALDENO A.S.D.**

**Via alle Albere, n.3 38060 ALDENO – Trento**

Tel. 3336870520 – 3483368722 e-mail: aldenovolley@gmail.com

P.IVA e C.F. 01483760227