

GIORGIONE PALLAVOLO

DOMANDA DI AMMISSIONE

IL SOTTOSCRITTO GENITORE (cognome e nome genitore) _____

CHIEDE DI ISCRIVERE

ATLETA (cognome e nome)			
LUOGO DI NASCITA		DATA	
ABITANTE A		CAP	
VIA		N°	
COD. FISCALE (Atleta)			
Cell (Atleta)		MAIL (atleta)	
Cell. (mamma)		MAIL (mamma)	
Cell. (papà)		MAIL (papà)	
Taglia Magliette			

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO ○ CERTIFICATO MEDICO DEL PEDIATRA (fino alla V elementare)
- QUOTA ATLETA (solo bonifico allegare la ricevuta cartacea del pagamento)

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY CONSULTABILE SUL SITO <https://giorgionepallavolo.it/iscrizioni>

NB: stampare e consegnare firmato l'ultima pagina del modulo della privacy.

PRESO ATTO DELLE NORME PER L'ISCRIZIONE, DICHIARO DI ACCETTARLE E DI IMPEGNARMI NEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

Castelfranco Veneto _____
(firma del genitore dell'atleta)

SPAZIO RISERVATO alla SEGRETERIA
NON COMPILARE

DOMANDA ACCOLTA IN DATA _____

CERT MEDICO Agonistico Non agonistico Data di scadenza _____

PAGAMENTO

VERSAMENTO UNICO	singolo	Data		€	
	fratelli/sorelle	Data		€	

VERSAMENTO <u>1^ RATA</u>	singolo	Data		€	
	fratelli/sorelle	Data		€	
VERSAMENTO <u>2^ RATA</u>	singolo	Data		€	
	fratelli/sorelle	Data		€	

<u>GRUPPO ALLENAMENTO</u>	
<u>ALLENATORE</u>	