

# GIORGIONE PALLAVOLO

## DOMANDA DI AMMISSIONE

IL SOTTOSCRITTO GENITORE (cognome e nome genitore) \_\_\_\_\_

CHIEDE DI ISCRIVERE

L'ATLETA (cognome e nome)			
NATO A		IL	
ABITANTE IN		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 elem.)
- 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.

**DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE E DI ACCETTARE:**

Il Modello Organizzativo, Il Codice Etico e di Condotta, le politiche di Safeguarding adottate dalla società, consultabili sul sito <https://giorgionepallavolo.it/safeguarding/> e sulle bacheche delle palestre.

**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**

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

**GRUPPO ALLENAMENTO**

**ALLENATORE**