



Gioco Atletica

L'atleta _____ nato a _____ (___)
il ___/___/___ C.F. _____ residente a _____ (___)
in via/piazza _____ n° _____,

CHIEDE

in seguito a tutti gli accertamenti in materia di attività sportiva e il conseguimento del relativo certificato medico di idoneità, di partecipare al "Gioco Atletica".

Si impegna quindi a versare la quota di iscrizione pari a € _____
comprensiva di tessera "socio Keep Moving", assicurazione, palestra e campo di atletica.

Data

Firma dell'atleta

_____, li ___/___/___

Generalità di un genitore:

Il genitore _____ nato a _____ (___)
il ___/___/___ C.F. _____ residente a _____ (___)
in via/piazza _____ n° _____,

PUÒ ESSERE CONTATTATO AI SEGUENTI RECAPITI:

telefono

cellulare

email

Data

Firma del genitore

_____, li ___/___/___

Autorizzo il trattamento di tutti i dati personali sopra riportati, ex Lgs. 193/03, presa visione dell'apposita informativa nonché l'inserimento dei medesimi nella banca dati dell'associazione al fine di favorire la programmazione atletica e per comunicazione relative all'attività associativa e presto il mio consenso preventivo alla divulgazione dei medesimi e alla pubblicazione sul sito dell'associazione delle relative foto relative allo svolgimento dell'attività sociale riguardanti il mio figlio.

DATA _____

FIRMA _____