

MODULO D'ISCRIZIONE

Usa Segreteria:

..... cert. medico

Compilare integralmente in STAMPATELLO, firmare nei punti previsti e spedire tramite mail a info@centrovelicotorreaguaceto.it

DOMANDA D'ISCRIZIONE ANNO 2017

Io sottoscritto **Cognome** _____ **Nome** _____ nato a _____
 provincia _____ il ___/___/_____ residente a _____ provincia _____ c.a.p. _____
 in via _____ codice fiscale _____ professione _____
 telefono _____ e-mail _____

ed
 io sottoscritto **Cognome** _____ **Nome** _____ nato a _____
 provincia _____ il ___/___/_____ residente a _____ provincia _____ c.a.p. _____
 in via _____ codice fiscale _____ professione _____
 telefono _____ e-mail _____

CHIEDIAMO, in qualità di genitori / legali rappresentanti, l'iscrizione alle attività sotto elencate del minore:

Cognome _____ **Nome** _____ nato a _____
 provincia _____ il ___/___/_____ codice fiscale _____

	ATTIVITA'	DAL	AL
<input type="checkbox"/>	Corso di vela per ragazzi di 18 giorni		
<input type="checkbox"/>	Corso di vela per ragazzi di 12 giorni		
<input type="checkbox"/>	Corso windsurf per ragazzi di 12 giorni		
<input type="checkbox"/>	Corso di vela per ragazzi di 6 giorni		
<input type="checkbox"/>	Corso windsurf per ragazzi di 6 giorni		
<input type="checkbox"/>	Viaggio di andata con accompagnamento		
<input type="checkbox"/>	Viaggio di ritorno con accompagnamento		

l'iscrizione obbligatoria al Centro Velico TorreGuaceto a.s.d. come Socio Ordinario per l'anno in corso (€ 40,00)

l'iscrizione alla FIV per l'anno in corso, se necessaria (costo incluso nel tesseramento al CVT)

ABBIAMO DIRITTO AD UNA RIDUZIONE (specificare la motivazione)

PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI; INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, preso atto dei diritti di cui all'art. 7, **presto il mio consenso** per il trattamento e la comunicazione dei dati necessari allo svolgimento delle attività scelte. **Autorizzo** lo scatto di fotografie e le riprese video, da utilizzare anche a scopi informativi e pubblicitari delle attività svolte.

Data ___/___/_____ Firma 1° genitore _____ Firma 2° genitore _____

Dichiaro che l'iscritto sa nuotare autonomamente, è fisicamente e psichicamente sano, non risulta affetto da malattie che possano pregiudicare l'attività velica e la vita in comunità. **Mi impegno altresì a fornire un certificato medico di buona salute per attività non agonistica. Prendo atto che in mancanza del certificato non sarà possibile frequentare i corsi, senza alcun diritto di rimborso della quota pagata.**

Data ___/___/_____ Firma 1° genitore _____ Firma 2° genitore _____

Mi è noto che i responsabili dei corsi si riservano di allontanare gli allievi che manifestassero comportamenti pericolosi o inaccettabili.

A puro titolo di esempio si citano: l'uso di sostanze psicotrope, atteggiamenti aggressivi e violenti, grave maleducazione ed indisciplina, inosservanza reiterata delle regole. In tali circostanze non sono previsti rimborsi economici.

Data ___/___/_____ Firma 1° genitore _____ Firma 2° genitore _____

Eseguiamo con sollecitudine il pagamento di € 185,00 (corso di una settimana), € 285,00 (corso di due settimane), € 385,00 (corso di tre settimane) a titolo di acconto, mediante un bonifico bancario.