

RICHIESTA ALLENAMENTO DI PROVA - ATLETA MINORENNE

DATI DEL GENITORE

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ residente a
_____ provincia _____ via

telefono _____ mail _____

In qualità di GENITORE di

_____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____

Consapevole che mio/a figlio/a

- Non è attualmente in possesso del certificato medico che attesti idoneità fisica alla pratica sportiva;
- Non è coperto da assicurazione infortuni societaria

CHIEDO

Che venga ammesso/a a n. 1 allenamento di prova al fine di verificare la sua predisposizione alla
pratica sportiva il giorno _____
presso la palestra _____

A tal fine il/la sottoscritto/a libera da ogni responsabilità gli istruttori e la società sportiva da eventuali
danni subiti e/o causati nel periodo sopra citato dal proprio figlio.

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati
personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e
dell'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto, pertanto, il consenso al trattamento dei miei dati
per le finalità sopra descritte ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Valdagno, li _____

Firma

ASD GINNASTICA RITMICA VALLEAGNO

Via Monsignor Barbieri, 3 – 36078 Valdagno (VI) - C.F./P.IVA 04234460246 – SDI: T9K4ZHO
Tel. 0445 414011 - Cell. 377 326 0385 - info@ritmicavalleagno.it - ritmicavalleagno@pec.it