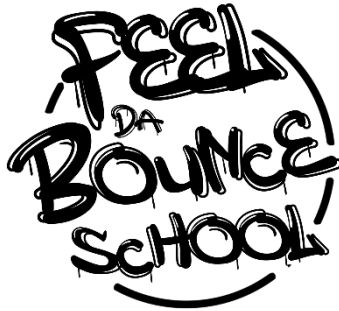


A.S.D. FEEL DA BOUNCE SCHOOL

Via Oberdan 20 – 09045 Quartu S.E. (Ca)

C.F. 92231560928

Tel. 3514583592 - school@feeldabounce.it - www.feeldabounce.it/school/



Spett.le Consiglio Direttivo
A.S.D. FEEL DA BOUNCE SCHOOL
Via Oberdan 20
09045 Quartu S.E. (Ca)
C.F.92231560928

DOMANDA DI AMMISSIONE COME FREQUENTATORE TESSERATO MINORE

DATI DEL GENITORE O TUTORE

Il/La sottoscritt....., nat... a il

C.F.....Residente in.....

Via/Corso/Piazza..... n°..... CAP..... Provincia.....

Tel..... Cell..... E-mail.....

DATI DELL'ATLETA MINORE:

Nome e Cognome:....., nat... a il

C.F. Residente in.....

Via/Corso/Piazza..... n°..... CAP..... Provincia.....

Chiede a questa spett.le A.s.d di essere ammesso quale frequentatore tesserato

Il sottoscritto si impegna a rispettare eventuali regolamenti interni. Prende atto inoltre del fatto che la società provvede per tutti gli atleti che svolgono attività sportiva per ogni stagione sportiva al tesseramento (che comprende una copertura infortuni) presso federazioni e enti di promozione sportiva CONI, pertanto, si impegna sin d'ora al ritiro della tessera in segreteria e alla richiesta di eventuali specifiche e chiarimenti e prende atto che il responsabile SAFEGUARDING contro abusi, violenze e discriminazioni dell'ente sportivo è indicato agli atti a disposizione presso la segreteria della a.s.d. come da MOG e codice di condotta.

Luogo....., Data.....

Firma del genitore o tutore

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo....., Data.....

Firma del genitore o tutore