

SCUOLA VELA

MODULO DI AMMISSIONE PER BAMBINI E RAGAZZI

DATI ALLIEVO* [ETA' MIN 6 ANNI - MAX 17 ANNI]

** necessari al rilascio della tessera FIV*

NOME		COGNOME	
VIA	CAP	CITTA'	
NATO IL:	NATO A:	COD FISCALE:	

DATI GENITORE

NOME		COGNOME	
eMAIL:	TEL CELL per REPERIBILITÀ:		

Precedenti esperienze di vela? SI' NO

Ciò premesso chiede di poter essere ammesso al seguente **corso di vela per l'anno**

--	--	--	--

TIPOLOGIA CORSO: CORSO BASE - DERIVE

I CORSI SI SVOLGONO DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE ORE 10.30 ALLE ORE 17.00

Richiesta di Iscrizione per la seguente settimana:

Dal _____ Al _____

(Per iscriversi a più settimane di corso elencare di seguito ulteriori date)

Dal _____ Al _____

Dal _____ Al _____

Dal _____ Al _____

PER LA SEGRETERIA

Si allega:

- certificato medico di idoneità alla pratica sportiva non agonistica agonistica

- pagamento [] SA L D O [] ACC O N T O [] B O N I F I C O

DATA e TIMBRO

FIRMA DEL GENITORE leggibile