



FOTO



MODULO ISCRIZIONE STAGIONE SPORTIVA 2023-2024
(Compilare tutti i campi in STAMPATELLO)
ATLETA

Io sottoscritto/a		
Cognome		
Nome		
Nato/a il		
Luogo di nascita		
Nazionalità		
Residente a		
Provincia di		
Cap		
Via e N°		
Codice fiscale		
Genere	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
		<input type="checkbox"/> Altro _____
Telefono/Cellulare		
E-Mail		
Carta d'Identità	Nr:	Rilasciata il:
	Da:	Scadenza:
Disabilità/ Patologia (Come da certificato allegato)		
<p>Chiedo al Consiglio Direttivo di Briantea84 ASD di entrare a far parte in qualità di socio ordinario dell'associazione stessa.</p> <p>Dichiaro di aver preso visione dello statuto e di accettarlo integralmente. Dichiaro altresì di essere stato informato che i soci del sodalizio saranno convocati ogni anno per l'approvazione del bilancio, nonché ogni qualvolta occorrerà deliberare su argomenti di competenza dell'Assemblea dei Soci.</p>		
INDICARE CON UNA X IL SETTORE SPORTIVO		
<input type="checkbox"/> CALCIO	<input type="checkbox"/> NUOTO	<input type="checkbox"/> ATLETICA
<input type="checkbox"/> PALLACANESTRO	<input type="checkbox"/> BASKET IN CARROZZINA	



Taglia abbigliamento:							
FELPA/POLO	XS	S	M	L	XL	2XL	3XL
PANTALONI	XS	S	M	L	XL	2XL	3XL
Altezza:				Peso:			

DATI E CONTATTI DEI GENITORI - TUTORI LEGALI - ADS	
GENITORE	
Nome e Cognome	
Recapiti telefonici	Cellulare:
	Casa: Lavoro:
E-mail	
GENITORE	
Nome e Cognome	
Recapiti telefonici	Cellulare:
	Casa: Lavoro:
E-mail	
TUTORE LEGALE	
Nome e Cognome	
Recapiti telefonici	Cellulare:
	Casa: Lavoro:
E-mail	
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Nome e Cognome	
Recapiti telefonici	Cellulare:
	Casa: Lavoro:
E-mail	



CONTATTI IN CASO DI EMERGENZA (SE I GENITORI NON SONO RINTRACCIABILI)		
Nome e Cognome	Relazione con il/la tesserato/a	Numero telefonico

Al presente modulo di iscrizione si allega copia dei seguenti documenti:

- carta d'identità (fronte/retro);
- tessera sanitaria (fronte/retro);
- certificato medico idoneità sportiva;
- certificato di disabilità (Documento intitolato "Commissione Medica per l'Accertamento degli Stati di Invalidità Civile" rilasciato dall'ASL).

- N. 1 fototessera recente

- Allegato 1 firmato - **Modulo informativo e consenso Privacy**
- Allegato 2 firmato - **Autocertificazione accompagnamento**

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver preso visione e compreso il contenuto di quanto riportato nel presente modulo.

Consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, attesto la veridicità e l'esattezza dei dati inseriti nella domanda di iscrizione.

Data _____ Firma _____

Firma Genitore/Tutore Legale/ADS _____

Firma Genitore/Tutore Legale/ADS _____

Spazio riservato alla Segreteria

Si riceve quota € _____ Socio nr. _____ S.S 2023-2024