



# CLUB SOMMOZZATORI PADOVA

Via A. Cornaro, 1 - 35128 PADOVA

## MODULO di ISCRIZIONE CORSI BABY SUB



il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del minore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Residente (cap) \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Socio del Club Sommozzatori Padova: SI  NO

### **CHIEDE**

L'ISCRIZIONE AL CSP IN QUALITA' DI SOCIO ORDINARIO MINORENNE

BABY SUB (3/6 anni)

*MINI ARA*

1° STELLA (8 anni)

2° STELLA (9 anni)

3° STELLA (12 anni)

MANTENIMENTO

*MINI APNEA*

PAGURO (6 anni)

CAVALLUCCIO (8 anni)

DELFINO (9 anni)

SPEC. OSSERVATORE (9 anni)

★ **DICHIARA** di assumersi ogni rischio e responsabilità per fatti dannosi che si dovessero verificare in relazione all'attività svolta, sollevando il Club Sommozzatori Padova da ogni e qualsiasi relativa conseguenza.

★ **DICHIARA** di sollevare il Club Sommozzatori Padova da ogni e qualsiasi responsabilità per malattie conseguenti all'attività svolta.

★ **SI IMPEGNA** senza alcuna riserva, al rigoroso rispetto dei regolamenti e norme che regolano i corsi seguiti e l'uso degli stabilimenti natatori.

★ **SI IMPEGNA** a provvedere personalmente o tramite persona specificatamente delegata, alla consegna e prelievo dell'allievo.

★ **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente all'istruttore eventuali malesseri e/o indisposizioni che possano scongiurare l'ingresso dell'allievo in acqua.

★ **SI IMPEGNA A NON INTERFERIRE CON LO SVOLGIMENTO DELLE LEZIONI, DI ADOPERARSI AFFINCHÉ IL MINORE SI ATTENGA SCRUPolosAMENTE ALLE INDICAZIONI DELL'ISTRUTTORE E AD USARE NEL MODO PIU' CONSONO TUTTO IL MATERIALE DIDATTICO E L'ATTREZZATURA MESSA A DISPOSIZIONE.**

★ **IMPORTANTE:** l'ammissione definitiva ai corsi è subordinata alla consegna, in occasione della prima lezione di: NULLAOSTA MEDICO, MODULO DI ISCRIZIONE, RICEVUTA PAGAMENTO, 2 FOTOTESSERA DELL'ALLIEVO.

Padova \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile di chi esercita la patria potestà

Autorizzo al Trattamento dei dati personali in base al D.lgs 196/2003 come da informativa allegata

**Riservato alla Segreteria**

Data \_\_\_\_\_ Versa € \_\_\_\_\_ Ric.N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Versa € \_\_\_\_\_ Ric.N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Versa € \_\_\_\_\_ Ric.N° \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Protocollo n° \_\_\_\_\_ Tessera n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Visita Medica \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Computer

Scheda

Tessera