



# CLUB SOMMOZZATORI PADOVA

Via A. Cornaro, 1 - 35128 PADOVA

## MODULO di ISCRIZIONE CORSI MINI 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 \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

BABY SUB ( 4/7 anni )

MANTENIMENTO

MINI ARA

MINI APNEA

1° STELLA ( 10anni )

PAGURO ( 8 anni )

2° STELLA ( 10 anni )

CAVALLUCCIO ( 8 anni )

3° STELLA ( 12 anni )

DELFINO ( 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:  
**NULLA OSTA MEDICO e MODULO DI ISCRIZIONE.**

**AUTORIZZO** \_\_\_\_\_  SI  NO

All'acquisizione di foto e video del minore da utilizzarsi esclusivamente per la realizzazione di un CD che verrà consegnato ai partecipanti a fine corso.

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