



C.O.N.I.

F.I.V.

CIRCOLO VELICO MEDIO VERBANO

Associazione Sportiva Dilettantistica

C.V.M.V.

21014 CERRO di Laveno Mombello (Varese)

Via Pescatori 3

Tel e Fax: +39.0332.629010

web: www.cvmv.ite-mail: segreteria@cvmv.it**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI VELA PER BAMBINI****ALLIEVO**Nome: _____ Cognome: _____ M F

Data e Luogo di Nascita: _____ Cod. Fiscale: _____

Indirizzo: _____

C.A.P. : _____ Città: _____ Prov.: _____

Tel.: _____ Cell.: _____ email: _____

Precedenti esperienza veliche NO SI Quali? _____Sai nuotare SI Già Socio CVMV SI NO Certificato Medico SI (Certificato medico di Sana e robusta costituzione per lo sport della Vela non agonistico)

Sono interessato al seguente Corso: _____

Che si terrà nelle seguenti Date: _____

L'iscrizione al corso sarà valida solo con il versamento di un acconto pari al 50% della quota; nel caso il corso non possa essere effettuato detta quota verrà restituita.

Quota Iscrizione: _____

La quota di iscrizione è comprensiva di partecipazione al corso, Tessera FIV con assicurazione e iscrizione in qualità di socio ordinario al CVMV per l'anno in corso con la possibilità di utilizzo delle imbarcazioni sociali quando disponibili.

Il pagamento avverrà presso la segreteria del CRUSM.



C.O.N.I.

F.I.V.

CIRCOLO VELICO MEDIO VERBANO

Associazione Sportiva Dilettantistica

C.V.M.V.

21014 CERRO di Laveno Mombello (Varese)

Via Pescatori 3

Tel e Fax: +39.0332.629010

web: www.cvmv.ite-mail: segreteria@cvmv.it**GENITORE**

Nome: _____ Cognome: _____

Tel.: _____ Cell.: _____

Email: _____

Io sottoscritto: _____ genitore dell'allievo: _____

autorizzo mio figlio/a alla pratica della vela utilizzando una barca del Circolo Velico Medio Verbano A.S.D. e rinuncio sin da ora a qualsiasi rivalsa nei confronti dell'associazione Circolo Velico Medio Verbano o dei suoi responsabili per qualsiasi incidente dovesse capitare a mio figlio/a durante l'esercitazione dell'attività velica.

Oltre a ciò mi dichiaro corresponsabile in solido con l'associazione Circolo Velico Medio Verbano e con i suoi responsabili per eventuali danni provocati a terzi da mio figlio/a.

Dichiaro inoltre che il figlio/a è in possesso dei requisiti fisici e di salute necessari per la partecipazione al corso come attestato da certificato medico allegato in corso di validità.

Letto ed accettato senza riserva alcuna.

Data ____/____/____

Firma del Richiedente

Autorizzo il trattamento dei dati personali (ai sensi della Legge 675/96) ai soli fini istituzionali dell'associazione.

Data ____/____/____

Firma del Richiedente
