



MODULO DI ISCRIZIONE S.A.T. ANNO 2018/2019 Spazio riservato all'allievo

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: M o F o

RESIDENTE A _____ (prov) _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO _____ (prov) _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Gruppo S.A.T. 2018/2019 _____

Codice Fiscale (se nuovo iscritto) _____

Spazio riservato al genitore lo sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ (prov) _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

Tel. _____

Cell. _____ e-mail: _____

CHIEDO

L'iscrizione di mio/a figlio/figlia alla SCUOLA TENNIS del Circolo Tennis Santa Teresa Gallura.

Autorizzo il Circolo Tennis Santa Teresa Gallura al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 della legge 196/2003 e all'uso di materiale audio-video finalizzato alle attività promo-istituzionali dell'Associazione.

Data Scadenza Certificato Medico ____/____/____

AUTORIZZO: NON AUTORIZZO:

N.B. Ai fini dell'ammissione ai corsi è obbligatorio allegare alla presente iscrizione un certificato medico di idoneità sportiva agonistica rilasciato da un medico sportivo.

DATA ____/____/____

Firma _____