

Scuola Tennis Estiva Circolo Tennis Giulianova

Il sottoscritto (genitore) ☎ Cell.....
☎ Uff. Email.....@.....

CHIEDE

che suo figlio/anato/a il
ae residente nella città di
inn° ☎ Tel.....

sia ammesso/a a partecipare a

- Scuola Tennis
- SummerGiuliaCamp per la settimana (indicare la prima settimana di corso) _____

DICHIARA INOLTRE

sotto la propria responsabilità che il/la figlio/a ha i requisiti psicofisici per la pratica del tennis come da certificazione sanitaria allegata*, sollevando perciò l'organo direttivo della suindicata Associazione da qualsiasi responsabilità civile o penale in merito.

Dichiaro di aver preso visione del REGOLAMENTO della SAT e di accettarlo per intero.

Giulianova,

Firma

.....

N.B. : SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO

*Un certificato medico attestante sana e robusta costituzione fisica per attività sportiva non agonistica dovrà essere presentato entro il primo giorno di corso.