



## MODULO ISCRIZIONE STAGIONE 2024

**S.C.PEDALE SENESE 1952**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome e cognome GENITORE)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

esercitante la potestà genitoriale di cui all'Art. 315 e ss del Codice Civile nei confronti del minore sotto identificato :

**COGNOME**

\_\_\_\_\_

**NOME**

\_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

TELEFONO CELL. padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Scadenza Certificato Medico \_\_\_\_\_

**CHIEDE:** Che mio figlio/a \_\_\_\_\_ venga tesserato alla Federazione Ciclistica Italiana per l'anno 2023 con la S.C.PEDALE SENESE 1952 ed autorizza l'iscrizione alla Scuola di Ciclismo organizzata dalla stessa. Firmando il presente modulo si accetta il **REGOLAMENTO** consegnato.

**Luogo e Data**

**Firma leggibile genitore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOCUMENTI NECESSARI

### A. NUOVO TESSERAMENTO

- certificato medico di idoneità all'attività ciclistica non agonistica dell'atleta (6-12 anni)
- certificato medico di idoneità all'attività ciclistica agonistica dell'atleta (dai 12 anni)
- N° 1 fotografia formato tessera dell'atleta
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dell'atleta
- Copia della tessera sanitaria

### B. RINNOVO

- certificato medico di idoneità all'attività ciclistica non agonistica dell'atleta (6-12 anni)
- certificato medico di idoneità all'attività ciclistica agonistica dell'atleta (dai 12 anni)

Il sottoscritto genitore del minore sopra citato altresì dichiara di aver preso visione del Regolamento della Scuola Ciclismo allegato e di approvarlo in ogni sua parte.

Inoltre

- autorizza
- non autorizza

- la pubblicazione – per i soli fini istituzionali e pubblicitari della S.C.PEDALE SENESE 1952 – di immagini e/o filmati ritraenti il proprio figlio sul sito internet della società, nonché su organi di stampa cartacei, radiotelevisivi e on line. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

- il trattamento dei miei dati sensibili e personali unicamente per fini istituzionali societari, ai sensi del DL del 30/06/2003 n.196.

L'allievo soffre di allergie  SI  NO (es. lattosio, nocciole ecc.)

Se si quali: \_\_\_\_\_

L'allievo soffre di patologie  SI  NO

Se si quali \_\_\_\_\_

Firma leggibile genitore \_\_\_\_\_

**Il moduli e i documenti compilati possono essere riconsegnati a mano o inviati all'indirizzo [gaia.passerini@gmail.com](mailto:gaia.passerini@gmail.com)**