

# Atletica al campo

## ASD Kronos Roma



### ----- SCHEDA PERSONALE DI ADESIONE ALL' ATTIVITA' 2020-2021 -----

#### La quota comprende

lezioni, tessera FIDAL, materiale sportivo di base  
assicurazione, organizzazione gare, partecipazione  
agevolata alle attività societarie (es: soggiorni)

#### "Open" corrisponde a

tutta l'offerta di allenamento così come organizzata (lezioni regolari,  
lezioni specialistiche su indicazione dei tecnici)  
E' escluso il giavellotto (con quota a parte)

Scelta delle giornate di lezione (indicare le scelte con delle X nelle caselle)	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Sabato
Cat. PULC/ESO/RAG	<input type="checkbox"/> 160 € una lez/sett	<input type="checkbox"/> 230 € due lez/sett	<input type="checkbox"/> 280 € tre lez/sett
Cat. CAD	<input type="checkbox"/> 180 € una lez/sett	<input type="checkbox"/> 250 € open	
Cat. ALL/JUN/PRO	<input type="checkbox"/> 250 € open		
Iscrizione	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> gratuita, per fratelli e gruppi convenzionati	
Quota scontata	<input type="checkbox"/> _____ € motivo _____		

Nominativo atleta \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale partecipante \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Telefono ed e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale e nome per ricevuta \_\_\_\_\_

Io \_\_\_\_\_, in qualità di  padre,  madre,  tutore (indicare la scelta con una X) del partecipante sopra indicato

#### DICHIARAZIONE DI ADESIONE

confermo le info suddette e mi impegno a produrre quanto prima il certificato medico sportivo preliminare al tesseramento e assicurazione, liberando la A.S.D. Kronos Roma da responsabilità o accettandone l'esclusione dall'attività fino alla consegna, oppure dichiaro di aver già consegnato il certificato medico a \_\_\_\_\_

Roma \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

#### LIBERATORIA SULLE IMMAGINI PERSONALI DI MINORENNI

con la presente autorizzo la A.S.D. Kronos Roma a raccogliere materiale fotografico e visivo del partecipante eventualmente minorenni nel corso di ogni attività societaria, e a pubblicarlo sui canali informativi della Società.

Roma \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

ai sensi del DL196/03 il trattamento dei dati personali per i servizi forniti dalla A.S.D. Kronos Roma.

Roma \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

#### A cura della società

PAGAMENTO (DATA: _____)	<input type="checkbox"/> BONIFICO	<input type="checkbox"/> CONTANTI (SIGLA: _____)	<input type="checkbox"/> ALTRO
DOCUMENTO CONSEGNATO	<input type="checkbox"/> FOTO	<input type="checkbox"/> C. MEDICO NON AGONISTICO	<input type="checkbox"/> C. MEDICO AGONISTICO
MAT. SPORTIVO CONSEGNATO	<input type="checkbox"/> KIT	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> ML
			<input type="checkbox"/> TAGLIA: _____