|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [SCHEDA DI PRE-ADESIONE da inviare a sci.aosta@uisp.it](mailto:SCHEDA DI PRE-ADESIONE da inviare a sci.aosta@uisp.it con allegato il certificato medico di idoneità sportiva o per la pratica agonistica in corso di validità)  [con allegato il certificato medico di idoneità sportiva o per la pratica agonistica in corso di validità](mailto:SCHEDA DI PRE-ADESIONE da inviare a sci.aosta@uisp.it con allegato il certificato medico di idoneità sportiva o per la pratica agonistica in corso di validità) | | | | | | | | | |
| **ALLIEVO** | | | | | | | | | |
| COGNOME NOME CF |  | | | | | | | | |
| Luogo e data di nascita |  | | | | | | | | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA |  | | | | | | | | |
| **ADULTO PAGANTE** | | | | | | | | | |
| COGNOME NOME |  | | | | | | | | |
| CF (per intestare ricevuta) |  | | | | | | | | |
| **ADULTO DI RIFERIMENTO PER IL MAESTRO** | | | | | | | | | |
| E-MAIL |  | | | | | | | | |
| CELLULARE |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| OPZIONE Assicurazione “Polizza Neve-Uisp\_Marsh” | **SI NO** | | | | [**Costo 10,00€ per info link https://www.marshaffinity.it/uisp/**](file:///H:\UISP\UISP_SciClubAvvenire\SciClub_2018-2019\Verbali%20-%20Circolari\Costo%2010,00€%20%20%20%20%20%20%20%20per%20info%20link%20https:\www.marshaffinity.it\uisp\) | | | | |
| **INDICARE ALMENO LE PRIME 3 OPZIONI SUL CORSO** | | | | | | | | | |
| **TIPO DI CORSO**  **DISCESA** | 20 ore (12 lez.) primi passi |  | **GIORNATA** | Mercoledì pomeriggio | |  | **TURNO** | 1° (9,30/10,00-12,00) |  |
| 26 ore (13 lez.) |  | Sabato | |  | 2° (12-14) preferenziale primi passi |  |
| 32h:30' (13 lez.) |  | Domenica | |  | 3° (14-16/16,30) |  |
| **TIPO DI CORSO**  **FONDO** | UNDER 16 | | ADULTO | | | OVER 65 | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Firma del genitore per la richiesta di tesseramento, consenso al trattamento dei dati personali e dell’immagine a fini associativi e per presa visione del Volantino/Regolamento. FIRMA | | | | **Certificato medico per la pratica sportiva da allegare in copia scansionata** | | | | ***L’adesione si perfeziona con il pagamento della quota*** | |