



### ■ DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI PADEL ANNO 22/23

IO SOTTOSCRITTO/A :

NATO/A A :  IL GIORNO :        
G G M M A A

CODICE FISCALE :

RESIDENTE IN  
VIA/PIAZZA :

E-Mail :  CELLULARE:

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL CORSO DI TENNIS IN QUALITA' DI ALLIEVO/A ACCETTANDO IL REGOLAMENTO DEL CIRCOLO.**

### SCUOLA PADEL TRIMESTRALE

**BARRARE LE CASELLE DELLA VOSTRA SCELTA:**

**QUOTA ISCRIZIONE:**

**ORDINARIA €25,00**

**SENZA T-SHIRT €13,00**

**SCUOLA PADEL BISETTIMANALE**

**SCUOLA PADEL MONOSETTIMANALE**

**CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO**

**N.B.: compilare obbligatoriamente tutti i punti in maniera chiara e leggibile. Ogni comunicazione personale sarà effettuata tramite mail o tramite messaggio**

**° il sottoscritto in conformità alla legge 675/96 relativa alla tutela della privacy autorizza il trattamento dei dati personali per esclusive finalità assicurative ed associative. (pubblicazione foto sul sito internet della polisportiva)**

DATA

FIRMA

