

MODULO ISCRIZIONE “S.I.S. ATLETICA 86” Busto Garolfo 2025/26

☐ **PRIMO TESSERAMENTO**

☐ **RINNOVO**

COGNOME ATLETA _____ NOME ATLETA _____

NATO IL ____ / ____ / ____ A _____ PROV. _____ SESSO _____

INDIRIZZO _____ N. _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____ CAP _____

CODICE FISCALE ATLETA _____

CITTADINANZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

NOME E COGNOME GENITORE PER RICEVUTA _____

CODICE FISCALE PER RICEVUTA _____

☐ **DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEI CODICI DI CONDOTTA A TUTELA DEI MINORI E PER LA PREVENZIONE DELLE MOLESTIE, DELLA VIOLENZA DI GENERE E DI OGNI ALTRA CONDIZIONE DI DISCRIMINAZIONE E DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DI CONTROLLO DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA**

☐ **DESIDERO ESSERE INSERITO AL GRUPPO WHATSAPP PER LE COMUNICAZIONI - AVVISI**

CELLULARE _____

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Costo annuale: 190 euro – Giorni/Orari degli allenamenti:

- Ragazzi/e scuole elementari: Lunedì – Mercoledì dalle 17.30 alle 18.30
- Ragazzi/e a partire dalle scuole medie: Lunedì – Mercoledì – Venerdì dalle 17.30 alle 19.15

Per i famigliari, la quota è di 190 euro per il primo iscritto e 95 euro per i successivi.

MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA QUOTA

BONIFICO a Associazione Sportiva Dilettantistica “S.I.S.
ATLETICA 86”

IBAN: IT55M0840432690000000022824

Presso BCC Busto Garolfo e Buguggiate

**Causale: Quota annuale iscrizione di: COGNOME e NOME
dell'atleta**

Allegare a questo modulo:

- **COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA'** (Obbligatorio il certificato agonistico a partire dai 12 anni. Per i nati nel 2014 fino a dicembre 2025 è sufficiente il certificato medico non agonistico rilasciato dal medico curante, da gennaio 2026 necessario il certificato agonistico)
- **INFORMATIVA PRIVACY**
- **COPIA CARTA DI IDENTITA' ATLETA**
- **RICHIESTA DI TESSERAMENTO ATLETA**
- **INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (Regolamento Europeo 679/2016)**
- **COPIA DEL BONICO**