

PADEL FIRST ITALIA a.s.d.

SUMMER PADEL SCHOOL

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

.in qualità di genitore esercitante la patria potestà dell'atleta _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n _____ C.F. atleta _____

- recapito telefonico _____

- @mail _____

- Richiede l'iscrizione del proprio figlio/figlia alla SCUOLA PADEL per il mese di:

GIUGNO dal ____ al ____

LUGLIO dal ____ al ____

SETTEMBRE dal ____ al ____

La scuola, con frequenza bisettimanale, si terrà nei giorni di lunedì e giovedì ai seguenti orari:

dalle 14.30 alle 15.30 per i ragazzi dai 14 ai 17 anni,

dalle 15.30 alle 16.30 per i ragazzi dai 10 ai 13 anni

dalle 16.30 alle 17.30 per i ragazzi dai 6 ai 9 anni.

Verona li _____

Firma del genitore _____

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del minore, effettuata per fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o manifestazione organizzata dall'associazione. **SI.** **NO.**
- si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di fotografie, immagini, video atte a rivelare l'identità del minore sul sito web e sulla pagina Facebook dell'associazione? **SI.** **NO.**
- Si acconsente all'uso dei dati personali da parte delle associazioni, ai sensi del GDPR 679/2016, per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via email, messaggistica, whatsapp) ai fini di marketing sia diretti che di partner esterni? **SI.** **NO.**

BARRARE L'OPZIONE SCELTA

Firma del genitore _____

Per poter partecipare al corso è necessario:

- 1) **Firmare e compilare il presente modulo** in ogni sua parte
- 2) Consegnare il **certificato medico** per attività sportiva non agonistica
- 3) Avere fatto richiesta della **tessera FITP** sul portale della Federazione
- 4) Essere in regola con il **pagamento**

Il pagamento, definito il corso, di **€. 85,00 al mese** potrà essere effettuato solamente tramite bonifico bancario all' **IBAN: IT94C0538711703000003663166** specificando nella causale: "il nome dell'allievo – la dicitura pagamento scuola PADEL MESE DI _____"

La quota **non è comprensiva** della tessera associativa a **PADEL FIRST ITALIA a.s.d.**

Vi ricordiamo che è obbligatorio consegnare il certificato medico in corso di validità prima dell'inizio del corso, senza certificato non si potrà accedere al campo.

**Ogni singolo corso della scuola estiva si intenderà completato ed inizierà l'attività al raggiungimento del numero minimo di n.4 ragazzi per corso.
Se tale numero non dovesse essere raggiunto, il corso verrà cancellata e gli importi versati verranno restituiti.**

Il modulo di adesione potrà essere consegnato a mano alla reception del Padel club oppure alla mail seguente info@asdpadelfirst.com

Provvederemo a consegnarVi regolare ricevuta da utilizzare anche per la deducibilità fiscale.

VERIFICA E APPROVAZIONE

- **Modulo compilato**
- **Certificato medico**
- **Richiesta tessera FITP**
- **Pagamento effettuato il _____**

Approvato il _____

Firma _____

