JUDO SAKURA CUSANO A.S.D.

JUDO SAKURA CUSANO A.S.D. palestra polivalente via Donizetti,2 c/o Sede Sociale Viale Pedretti,10 cusano milanino 20095 (mi) www.Judosakuracusano.it info@judosakuracusano.it C. F.91056670150

Al Presidente del. judo sakura cusano - asd

RICHIESTA DI PROVA GRATUITA

Il/la sottoscritto/a:

Nato/a a: Data di nascita: Prov_ di :

Residente A: Prov di:

Indirizzo: Cittadinanza:

N° Tel: Tel. Cell:

E-mail:_____@_____

CHIEDE

Di frequentare il corso prescelto per una (1) singola lezione gratuita di prova data della prova ___/____/_____

CONSEGUENTEMENTE

Si assume tutte le responsabilità per gli eventuali rischi che possano derivare dall'attività sportiva ; solleva gli istruttori, il Consiglio ed i Soci tutti da ogni responsabilità per gli eventuali infortuni derivanti direttamente o indirettamente dalla pratica sportiva scelta. Si assume tutti gli oneri per eventuali danni arrecati ai beni dell'Associazione, ai Soci della stessa, ai loro beni nonché per eventuali danni a persone e cose non facenti parte dell'Associazione. Rinuncia a qualsiasi azione volta ad ottenere il risarcimento di eventuali danni subiti nonché al relativo diritto. Solleva l'A.S.D JUDO SAKURA CUSANO- da ogni responsabilità derivante dalla perdita, sottrazione o deterioramento di oggetti lasciati negli spogliatoi, in segreteria o altrove pratica della disciplina sportiva scelta e di sottoporsi, in caso di successiva iscrizione, a visita medica ai sensi di legge ed all'uopo produce i relativi certificati. Acconsente che i propri dati personali siano conservati presso la banca dati dell'Associazione e da questa utilizzati per gli scopi istituzionali della Stessa. In ogni momento, nel rispetto delle normative di legge contenute nel D.L. 196/2003

DICHIARO

☐ Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid -19

☐ Di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

☐ Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari ,luogo di lavoro, eccetera)

Firma del richiedente atleta firma se minore firma dell'esercente la Patria potestà

Data_____/_____/_____