



FRECCIE GIALLE MALCANTONE

Richiesta di adesione

Formulario iscrizione per **FAMIGLIE**
p.f. compilare in **stampatello**
da consegnare al monitore oppure inviare per posta alla società

La sottoscritta famiglia, condividendo gli scopi e lo statuto sociale delle *Freccie Gialle Malcantone*, chiede l'adesione alla società

cognome della famiglia	_____
indirizzo	_____
CAP e località	_____
tel. abitazione	_____
tel. mobile mamma	_____
tel. mobile papà	_____
indirizzo e-mail mamma	_____
indirizzo e-mail papà	_____

i dati di ogni singolo membro della famiglia sono da completare sulla seconda pagina

Provvediamo al pagamento della **tassa sociale** famiglia di **CHF 80.- + le quote attività** secondo la categoria.

Dichiariamo di essere esente da malattie controindicate alla pratica ludico – sportiva, che siamo in un buono stato di salute e siamo in grado di poter svolgere le attività proposte durante gli allenamenti e le competizioni. La società si ritiene sollevata da qualsiasi responsabilità.

Autorizziamo la società ad effettuare riprese fotografiche o filmate durante le attività e gare le cui immagini saranno utilizzate per scopi didattico-documentative e a scopo divulgativo attraverso i media (articoli stampa, annuario, newsletter, sito web, ...).

Comportamento: adottiamo un comportamento sempre corretto nei confronti delle persone (monitori, compagni/e e avversari), rispettiamo gli orari, l'ordine e la pulizia dei locali, i materiali, gli oggetti e le infrastrutture presenti all'interno e all'esterno degli stabilimenti.

Si consiglia la stipulazione di una **copertura assicurativa** di responsabilità civile privata (RC).

La società FGM garantisce che i **dati non** verranno **ceduti a terzi** e che saranno trattati come strettamente **confidenziali**.

Si prega di notificare ogni cambiamento (indirizzo, tel., indirizzi e-mail) alla società: segretariato@frecciegialle.ch

In fede

Luogo e data _____ Firma _____

P.f. compilare anche la pagina seguente



Padre

cognome e nome _____
data di nascita _____
nazionalità _____

Madre

cognome e nome _____
data di nascita _____
nazionalità _____

Figlio/a

cognome e nome _____
data di nascita _____
nazionalità _____

Soffre di allergie, intolleranze, disturbi o malattie croniche? si no

Se sì, quali: _____

Figlio/a

cognome e nome _____
data di nascita _____
nazionalità _____

Soffre di allergie, intolleranze, disturbi o malattie croniche? si no

Se sì, quali: _____

Figlio/a

cognome e nome _____
data di nascita _____
nazionalità _____

Soffre di allergie, intolleranze, disturbi o malattie croniche? si no

Se sì, quali: _____

Se ci fossero ulteriori figli/e si prega di stampare un altro foglio