



A.S.D. ROMA EUR

Modulo Iscrizione - Stagione Sportiva 2024/2025



Dati Bambino/a - Ragazzo/a

COGNOME e NOME _____

Nato a _____ il _____ CF _____

Residente in Via _____ Città _____ CAP _____

Tipologia e data scadenza certificato medico: [] **Agonistico:** _____

[] **Non agonistico:** _____

Richiesta

Il/la Sottoscritto/a Padre/Madre _____

Codice Fiscale (per la ricevuta fiscale) _____

Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di iscrivere il proprio figlio/a presso l'ASD ROMA EUR per l'anno sportivo 2024/2025 e, a tale scopo, versa la somma di €490,00. Dichiara inoltre di aver preso visione delle coperture assicurative previste per i tesserati, pubblicate sul sito della società www.romaeurbasket.cloud, e di accettare tutte le condizioni riportate. Autorizzo il tesseramento alla Fip e/o al Csi e la partecipazione alle partite, ufficiali o amichevoli, disputate dalla società durante la corrente stagione. Mi impegno a far sostenere a mio figlio/a la visita medica obbligatoria per l'idoneità alla pratica sportiva: NON AGONISTICA per i minori di 11 anni; AGONISTICA dal compimento dell'11° anno.

€ 490 UNICA SOLUZIONE

€ 290 ISCRIZIONE più € 200 SALDO (15 dicembre 2024)

LIBERATORIA FOTOGRAFICA

Si autorizza l'ASD ROMA EUR alla pubblicazione di materiale fotografico del/la proprio/a figlio/a inerente all'attività sportiva della sopraindicata Associazione attraverso il sito internet www.romaeurbasket.cloud e tutte le modalità che esprimono la descrizione dell'attività. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati. In qualità di esercente la potestà genitoriale:

Data _____ Firma del Padre _____ Cellulare _____

Firma della Madre _____ Cellulare _____

Dati bancari

IBAN: IT82R0200805085000001163809

Intestato a: ASD ROMA EUR

Causale:

Quota associativa e iscrizione al corso di Pallacanestro anno 2024/2025 di (cognome e nome dell'atleta)

€ 490 UNICA SOLUZIONE oppure

€ 290 ISCRIZIONE più

€ 200 SALDO (15 dicembre 2024)