



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ATLETICA TEAM LOPPIO

RINNOVO/RICHIESTA TESSERAMENTO ANNO 2024

PER IL PERIODO 01 GENNAIO – 31 DICEMBRE 2024

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____
DATA NASCITA' _____ LUOGO _____
RESIDENZA VIA _____ N° _____ CITTA' _____
CAP _____ CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____
CELL. _____ EMAIL _____

SI PREGA DI COMPILARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI. GRAZIE

TAGLIA CANOTTIERA: XS S M L XL XXL

CHIEDE

- Di essere tesserato alla A.S.D. ATLETICA TEAM LOPPIO per l'anno 2024, accettando lo Statuto .

DICHIARA

Di aver ricevuto dalla Società l'informativa sul trattamento dei dati personali necessari al tesseramento presso la FIDAL- (Federazione Italiana di Atletica Leggera) e di dare contestuale ed inequivocabile consenso al trattamento".

- Di essere a conoscenza che, oltre alla tessera sociale per chi pratica attività sportiva con la SOCIETA' ATLETICA TEAM LOPPIO, la validità delle tessere FIDAL e CSI sono soggette al deposito presso l'A.S.D. ATLETICA TEAM LOPPIO del certificato medico di tipo "B" rilasciato dai medici sportivi abilitati, il quale dichiara l'idoneità per l'attività sportiva agonistica in **ATLETICA LEGGERA** in originale o fotocopia.
Dopo la scadenza dello stesso, l'atleta dovrà consegnare alla Società il nuovo certificato, pena l'esclusione alla partecipazione delle gare FIDAL e CSI .
- Che: - Chi intende richiedere la tessera FIASP deve consegnare alla Società un certificato attestante l'idoneità all'attività fisica sportiva rilasciato dal proprio medico condotto
- Che: - le notizie anagrafiche sopra riportate corrispondono al vero.

Data ultima visita medico sportiva fatta: _____

CHIEDO PER L'ANNO 2024 DI ESSERE TESSERATO ALLE SEGUENTI FEDERAZIONI

<input checked="" type="checkbox"/>	TESSERA SOCIALE	€ 15,00
<input type="checkbox"/>	TESSERA FIDAL	€ 20,00
<input type="checkbox"/>	TESSERA CSI CENTRO SPORTIVO ITALIANO	€ 8,00
<input type="checkbox"/>	TESSERA FIASP FEDERAZIONE ITALIANA SPORT POPOLARI	€ 8,00

E' CONSIGLIATO PAGARE CON BONIFICO BANCARIO SPECIFICANDO IL NOME E COGNOME DELL'ATLETA

CASSA RURALE ALTO GARDA IBAN IT 08 U 08016 35090 0000 2303 2732

DATA _____

FIRMA _____

**SI PREGA INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA TRAMITE MAIL:
SEGRETERIA@ATLETICATEAMLOPPIO.IT**