

ALL' ASSOCIAZIONE PUNTO CARDINALE – CIRCOLO ARCI

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI DI GINNASTICA DI MANTENIMENTO

ANNO ACCADEMICO

		<i>Lunedì/giovedì</i>	<i>Martedì/Venerdì</i>
INDICARE CON UNA X IL CORSO	1°SCELTA	A – B – C – D -	E – F – G - H
Indicare una eventuale alternativa CORSO	2°SCELTA	A – B – C – D -	E – F – G - H

Il certificato medico per attività motoria di ginnastica di mantenimento è obbligatorio

Se è possibile organizzare in sede: RICHIESTA DI VISITA MEDICA SI NO (barrare con x)

COGNOME NOME

.....

LUOGO DI NASCITA (PV)

DATA DI NASCITA //

INDIRIZZO

CAP LOCALITA'

TELEF./ CELLULARE EMAIL

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere al corrente del contenuto del corso e di voler partecipare dopo aver valutato costi e vantaggi per la salute. Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per valutare la mia idoneità allo svolgimento dell'attività di ginnastica di mantenimento organizzata dall' Associazione Culturale Punto Cardinale.

Data Firma Per ricevuta (Firma leggibile)

Consegnare in sede o inviare via mail associazionepuntocardinale@gmail.com

L'iscrizione verrà perfezionata con il pagamento della quota, dopo la conferma di accettazione da parte dell' Associazione Punto Cardinale.