



## PRE-ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di (Cognome e Nome atleta) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici **(indicare il preferito)**

Abitazione	cellulare atleta	cellulare madre	cellulare padre

Email di riferimento: \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA PROVA GRATUITA** (2 allenamenti entro un mese)

**consegna certificato medico:** .....  **SI** .....  **NO**

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni rese ai sensi dell'art 13 GDPR riportate nell' "Informativa resa ai sensi degli articoli 13 del GDPR 2016/679", esposta presso la Segreteria di Castellana Basket.

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_