



DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Il sottoscritto _____
Cognome nome
nat ____ a _____ in provincia di _____ il giorno _____
residente a _____ provincia di _____
In via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____
cellulare _____ email _____
in qualita' _____ (padre, madre, tutore legale)
del minore _____
Cognome nome
nat ____ a _____ in provincia di _____ il giorno _____
residente a _____ provincia di _____
in via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____ cellulare _____

con la firma della presente

DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO DELLE SEGUENTI NORME GENERALI

1. Alla fine dell'attività i ragazzi potranno allontanarsi solo con i rispettivi genitori, o con persone dai medesimi autorizzate e riconosciute dagli istruttori.
2. Gli organizzatori non si rendono responsabili di documenti, denaro o oggetti smarriti o sottratti nel corso delle attività.
3. E' richiesto ai ragazzi di osservare norme di buon comportamento, civile convivenza e rispetto verso i compagni, gli istruttori/tecnici, i locali e le strutture. In caso di gravi e pesanti inadempienze l'organizzazione si vedrà costretta ad allontanare il partecipante, dopo avere avvertito i genitori.
4. **Per i partecipanti ai Centri di Avviamento allo Sport è necessario produrre certificazione medica attestante l'idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica come previsto dal D.M. 28/2/1983 che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva NON agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società o ASD affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.; per tutti gli altri (Ragazzi, Cadetti, Allievi, Juniores, Promesse, Assoluti, Master e Amatori), svolgendo attività agonistica, è necessario il Certificato di Idoneità Sportiva.**
5. È fatto obbligo di informare **per iscritto** di eventuali allergie alimentari o farmacologiche o altre patologie del proprio figlio al momento dell'iscrizione.

E CONTESTUALMENTE DICHIARA

di voler ammettere il proprio figlio - in attesa della produzione della suddetta certificazione, a frequentare al massimo DUE lezioni di prova dei Corsi di Avviamento allo Sport e dei corsi di Atletica organizzati dalla

suddetta Associazione Sportiva sin dalla data del presente atto e di sollevare, salvo i casi previsti dalla copertura assicurativa, da ogni responsabilità civile l'Associazione A.S.D. ATLETICA PIACENZA, le strutture tecniche e la Presidenza della sopracitata associazione per ogni danno che possa subire il proprio figlio/a in occasione della partecipazione alle sopra indicate prove.

Il sottoscritto genitore dichiara inoltre che il proprio figlio gode di buona salute ed è idoneo a partecipare alle 2 sedute di prova.

Il sottoscritto genitore si impegna inoltre a presenziare e sorvegliare il minore durante dette prove, dichiarando di mantenere lo stesso sotto la propria tutela per cui nessun mandato di consegna/sorveglianza/vigilanza deve ritenersi a carico dei tecnici/istruttori dell'Associazione.

Si impegna inoltre, in caso di successiva iscrizione al corso, a presentare all'Associazione tutti i documenti necessari, compresa la documentazione medica, al fine del regolare tesseramento FIDAL comprensivo di assicurazione.

Solleva inoltre l'Associazione, il Presidente ed il Consiglio Direttivo dell'Associazione per ogni danno derivante a terzi commesso dal proprio figlio/a.

Inoltre rinuncia ad ogni azione di rivalsa a norma dell'art. 1916 c.c. nei confronti della Presidenza dell'Associazione stessa.

In fede Il genitore (o il Tutore Legale)

Piacenza , li _____

X _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali – Art. 13 Dls 196/2003



ATLETICA PIACENZA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ATLETICA PIACENZA



via Stevani, n°12 29122 PIACENZA Tel 338-9087477 e-mail:atleticapiacenza@atleticapiacenza.it www.atleticapiacenza.it

All'Ambulatorio
di Medicina dello Sport
Piazzale Milano n° 2
20121 Piacenza
Tel. C.U.P. 800651941

L'Associazione sportiva dilettantistica ATLETICA PIACENZA, iscritta al Coni di Piacenza e affiliata alla FIDAL, chiede il certificato di idoneità agonistica per

(cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Cordiali saluti.

Fabrizio Dallavalle
(Presidente A.s.d. Atl. Piacenza)



ATLETICA PIACENZA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ATLETICA PIACENZA



via Stevani, n°12 29122 PIACENZA Tel 338-9087477 e-mail:atleticapiacenza@atleticapiacenza.it www.atleticapiacenza.it

Allo Studio Medico
dott. R. De Pietro
Strada della Veggioletta 4
20121 Piacenza
Tel. 392 3664133

L'Associazione sportiva dilettantistica ATLETICA PIACENZA, iscritta al Coni di Piacenza e affiliata alla FIDAL, chiede il certificato di idoneità agonistica per

(cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Cordiali saluti.

Fabrizio Dallavalle
(Presidente A.s.d. Atl. Piacenza)
