



## **SCHEDA ISCRIZIONE LEZIONI DI PROVA**

### **DATI DEL/LA BAMBINO/A**

**COGNOME** .....

**NOME** .....

**DATA e LUOGO DI NASCITA** .....

**CODICE FISCALE** .....

**RESIDENZA/INDIRIZZO** .....

**TELEFONO FISSO e/o CELL.** .....

**E-MAIL** .....

**CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO IL** .....  
**bambini dai 3 ai 6 anni compiuti esenti dal certificato medico**

**CORSO BALANCE BIKE (biciclette senza pedali)**

**CORSO MTB**

**Il sottoscritto** ....., **genitore di**  
....., **con la presente dichiara di**  
**esonere il G.S. LUPI VALLE D'AOSTA da ogni responsabilità**  
**durante lo svolgimento della lezione di prova che mio figlio**  
**svolgerà al fine di valutare l'iscrizione o meno al corso di MTB**  
**organizzato dalla predetta associazione.**

**Sarre, li**

**Firma** .....