



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**
esonerare 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