

SCHEDA ISCRIZIONE ADULTI

Il Sottoscritto.....
(Cognome) (Nome)

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO A FREQUENTARE

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ CORSO DI NUOTO | ☐ Altro _____ |
| ☐ NUOTO TESSERATI | ☐ Altro _____ |
| ☐ LEZIONI INDIVIDUALI
Istruttore _____ | ☐ Altro _____ |

Giorni Orario Corso

Il sottoscrittore della domanda
dichiara

di essere a conoscenza che **le quote versate non saranno restituite, le lezioni perse non potranno essere recuperate e dell'obbligatorietà della consegna del certificato medico "non agonistico", senza il quale non potrà essere effettuata l'iscrizione e il tesseramento alla F.I.N. e l'attivazione della copertura assicurativa**, di aver preso visione del regolamento dell'impianto utilizzato.

Data..... firma.....

Spazio riservato alla segreteria

2025 – 26	Sett.	Ott.	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug
Data											
Ric./scontri											
Importo											

Certificato Medico scadenza il ____/____/____ Tesseramento FIN data ____/____/____