

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

CF .....

tel. Cell 1. .... Tel. Cell.2 .....

Mail .....  
(da compilare in maniera leggibile /decifrabile )

### CHIEDE CHE IL PROPRIO FIGLIO

Cognome .....Nome.....

#### Sia ammesso a frequentare il corso di nuoto

Corso \_\_\_\_\_ Giorni \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Brevetto acquisito \_\_\_\_\_ Date prove d'ingresso : \_\_\_\_\_

la famiglia chiede un colloquio con il responsabile didattico della Scuola Nuoto Fin Plus Trieste per eventuali comunicazioni relative ad aspetti comportamentali o di crescita o di sviluppo del bambino/a, che verranno valutate successivamente dalla Direzione per l'opportuno inserimento nelle attività previste

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", per i maggiori di anni 6, 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_