



ISTITUTO SHOTOKAN ITALIA RINNOVO TESSERAMENTO ANNO _____

A.S.D.

SOLO PER RINNOVO

REGIONE: _____

SOCIETÀ: _____ E-MAIL: _____

| N. | N. Tessera | Cognome e Nome | M/F | Data di Nascita | Grado | E-mail | Bambino | Adulto | Quota € |
|----|------------|----------------|-----|-----------------|-------|--------|--------------------------|--------------------------|------------|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Il Sottoscritto _____ Presidente della Società dichiara che tutti gli atleti in elenco sono in regola con le norme sanitarie in vigore. Dichiara inoltre che tutti gli atleti hanno sottoscritto l'informativa relativa alla tutela dei dati personali e la liberatoria per la ripresa e la pubblicazione delle loro immagini effettuate durante le manifestazioni organizzate dall'Istituto Shotokan Italia A.S.D. e che tutta la documentazione di cui sopra è conservata presso gli archivi della Società.

TOTALE €

(il Modulo va reso in Duplice copia)

.....
LUOGO E DATA

.....
FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ