



**POLISPORTIVA
OLTREFERSINA**
Associazione Dilettantistica
www.oltrefersina.it
info@oltrefersina.it



LEZIONI DI PROVA POLISOPRTIVA OLTREFERSINA A.D. Sezione ATLETICA

La/il sottoscritta/o _____
nato a _____, il ____ / ____ / _____,
cellulare _____
genitore di _____
nato a _____, il ____ / ____ / _____,

è consapevole che, nella/e lezione/i di prova presso la **Polisoptiva Oltrefersina A.D.**, con sede in via del Campo Sportivo 1, il proprio figlio **NON** è coperto da nessuna Assicurazione Infortuni e da nessun altro tipo di assicurazione (RCT, ecc.), quindi accetta che la **Polisoptiva Oltrefersina A.D.** non si assume in nessun caso la responsabilità per qualunque tipo di infortunio e pertanto non può chiedere alla **Polisoptiva Oltrefersina A.D.** il risarcimento di eventuali danni patiti dal proprio figlio durante le lezioni di prova.

Pertanto la **Polisoptiva Oltrefersina A.D.** è esonerata da ogni responsabilità per incidenti e malori che possono coinvolgere la salute dell' atleta, in quanto in mancanza di un idoneo certificato medico.

Come genitore di _____ accetto di far provare a mio figlio l'atletica presso la **Polisoptiva Oltrefersina A.D.** **senza assicurazione e senza certificato medico** che attesta lo stato sano e robusto di salute, e **in caso di infortunio o malore non riterrò responsabile la società sportiva Polisoptiva Oltrefersina A.D.**

Periodo delle lezioni di prova ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____

Firma Genitore _____

AIUTACI A MIGLIORARE Come ci avete conosciuti?

INTERNET	FACEBOOK	SCUOLA	GREST
SUPERFESTA	PASSAPAROLA	PARCHI	ALTRO _____

