

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Riservato alla segreteria

TESSERA N°	ANNO	DATA SCADENZA
	2026-27	

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
 codice fiscale _____
 residente a _____ CAP _____ provincia _____
 via/piazza _____ n. _____
 e-mail _____ Cel. _____

☐ per conto proprio

☐ in qualità di genitore o responsabile genitoriale di

(cognome e nome figlio/a) _____ nato/a a _____ il ____/____/____
 codice fiscale _____
 residente a _____ CAP _____ provincia _____
 via/piazza _____ n. _____
 recapito telefonico in caso di urgenza _____

CHIEDE

- ☐ **L'ISCRIZIONE ANNUALE AL CORSO SPORTIVO DI _____**
ACCETTANDO DI ESSERE TESSERATO AICS ENTE NAZIONALE DI PROMOZIONE SPORTIVA E ACCETTANDO IL SEGUENTE REGOLAMENTO:

Art. 1 (Informazioni): Gli accompagnatori devono rimanere fuori dagli spazi di svolgimento dell'attività.

Art. 2 (Comportamento): L'iscritto può essere escluso per comportamento inadeguato. È obbligatorio rispettare gli orari per partecipare ai corsi sportivi.

Art. 3 (Iscrizione): Lezioni di prova sono consentite previa richiesta di tesseramento. La conferma dell'iscrizione avviene con il certificato medico e il pagamento.

Art. 4 (Rimborsi): Le lezioni perse per malattia certificata sono recuperabili entro la prima settimana del mese successivo. Non sono previsti rimborsi per assenze, festività o esclusioni.

Art. 5 (Esonero di responsabilità): L'associazione e gli istruttori non sono responsabili per la perdita o il deterioramento di oggetti. Chi causa danni è responsabile del risarcimento.

Art. 6 (Statuto): Si accettano lo Statuto e il Regolamento dell'ente o federazione affiliata nonché lo Statuto di Lagom ASD.

Art. 8 (Certificato Medico Sportivo): Ai sensi della normativa vigente (D.M. 24/04/2013 e successive modifiche), per la partecipazione ai corsi sportivi è obbligatorio il certificato medico per attività non agonistica rilasciato da medico abilitato, con validità annuale. L'Associazione Lagom ha attivato una convenzione con DoctorSport di Padova per agevolare i propri iscritti nell'ottenimento del certificato medico.

☐ **ALLEGA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' NON AGONISTICA**

☐ **DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI CERTIFICATO MEDICO VALIDO (DA INVIARE VIA MAIL A info@lagomassociazione.it)**

Tutti i dati forniti verranno trattati nel rispetto del decreto legislativo 196/2003 sulla tutela della privacy.

Si ha il diritto di richiedere la cancellazione o la modifica dei propri dati personali, in qualsiasi momento, all'Associazione Lagom.

Firma per accettazione _____

(firma del genitore se minorenne)



MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI CORSI E DEL TESSERAMENTO

-In contanti c/o la sede operativa

-Tramite bonifico bancario (SOLUZIONE CONSIGLIATA):

Intestazione a: ASD LAGOM

IBAN: IT65F0306909606100000162297

Causale: [NOME COGNOME] [MESE] [NOME CORSO]