



**Asd polisportiva porto rotondo  
sez. atletica**

**RICHIESTA DI PROVA**

Allievo/a: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore esercente la patria potestà  
(scrivere in stampatello)

del suindicato allievo chiede che il proprio figlio possa sostenere due “lezioni” di prova presso codesta polisportiva.

A tal fine allega il certificato medico attestante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica (“over 12”) / non agonistica (solo per gli “under 12”), e dichiara di sollevare da qualsiasi responsabilità la ASD POLISPORTIVA PORTO ROTONDO per l'accompagnamento ed il prelevamento del proprio figlio dalle lezioni della sez. Atletica della POLISPORTIVA PORTO ROTONDO e di assumersi ogni tipo di responsabilità civile e penale, relativamente a qualunque tipo di danno cui potrà incorrere il minore o causato dal minore stesso nei confronti di persone o cose, nel corso della seduta di allenamento di prova, presso la ASD POLISPORTIVA PORTO ROTONDO, di esonerare di conseguenza l'associazione sportiva dilettantistica stessa e la persona del suo legale rappresentante. Dichiara altresì di essere a conoscenza che il minore, non sia coperto da alcun tipo di assistenza assicurativa, in quanto non ancora iscritto ufficialmente, previo versamento della quota necessaria ad acquisire lo status di socio atleta.

**Letto e Approvato**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Olbia, \_\_\_\_\_



Stadio Angelo Caocci c/o Cittadella Sportiva Fausto Noce - 07026 Olbia (SS)

info@polisportivaportorotondo.it

Pietro Pellegrino 347.6326458 • Giuseppe Ortu 349.4934049