



ASD Arcieri Sagittario
Richiesta di Iscrizione al
CORSO BASE DI TIRO CON L'ARCO



Il sottoscritto:

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: M F

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a: _____ (Pv.)

il _____
 g g m m a a a a

Indirizzo di residenza: _____ civico: _____

Località: _____ C.A.P. _____ Provincia: _____

Cittadinanza: _____

Telefono: _____

Telefono 2: _____

Fax: _____

Cellulare: _____

E-Mail _____

Chiede di potersi iscrivere al Corsi Base di Tiro con l'Arco

Quota versata NO SI € _____

Certificato Medico consegnato NO

Tecnico con cui effettua il corso base: _____

Con la firma della presente si autorizza la Società ASD Arcieri Sagittario Roma all'utilizzo dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003.

Data _____ Firma _____

Per il "minore"
 firma di un genitore _____

Per la Società