

SCRIVERE IN STAMPATELLO

**Dati anagrafici**

**Dati dell'atleta**

Cognome		Nome	
Data di nascita	Comune (o Stato estero) di nascita		Provincia
Cittadinanza		Codice fiscale	
Indirizzo			N° civico
Comune (o Stato estero) di residenza		CAP	Provincia
Telefono	Cellulare	E-mail	

**Dati della madre**

Cognome e nome	Recapito telefonico	E-mail
----------------	---------------------	--------

**Dati del padre**

Cognome e nome	Recapito telefonico	E-mail
----------------	---------------------	--------

**Attività**

**Prezzo**

**Certificato medico**

Attività			Prezzo	Certificato medico
<b>Basket</b>	<input type="radio"/> Mini	2014 - 2016	200 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Under 12	2011 - 2013	250 €	Sana e robusta costituzione/agonistico*
	<input type="radio"/> Under 14	2008 - 2010	250 €	Agonistico
<b>Calcio</b>	<input type="radio"/> Primi calci	2016	200 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Big Small	2015	250 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Under 9	2014	250 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Under 11	2012 - 2013	250 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Under 13	2010 - 2011	250 €	Sana e robusta costituzione/agonistico*
	<input type="radio"/> Under 18	2005 - 2007	280 €	Agonistico
	<input type="radio"/> Top Junior	2001 - 2004	280 €	Agonistico
<b>Volley</b>	<input type="radio"/> Mini	2012 - 2014	200 €	Sana e robusta costituzione
	<input type="radio"/> Under 11	2012 - 2014	250 €	Sana e robusta costituzione/agonistico*
	<input type="radio"/> Under 13 ARA	2010 - 2011	250 €	Agonistico
	<input type="radio"/> Under 13 BLU	2010 - 2011	250 €	Agonistico
	<input type="radio"/> Under 15	2008 - 2009	300 €	Agonistico
	<input type="radio"/> Open misto	2006 e precedenti	220 €	Agonistico
	<input type="radio"/> Genitori	F over 30 - M over 35	220 €	Agonistico

\* verificare tipologia del certificato su [www.omfmilano.it](http://www.omfmilano.it)

Sconto fratelli: 30 € Sconto multisport: 50 €

**Dati iscrizione / Documenti**

Data iscrizione	Acconto €	Riduzione €	Saldo €	Totale €	Data ricevuta	N° ricevuta
Genitore			Codice Fiscale		Certificato Medico	

Documenti da consegnare:  Codice Fiscale  Documento d'identità  Autocertificazione  Fototessere  Certificato medico

Acconsento al trattamento dei dati personali secondo quanto disposto dall'informativa allegata.  
 Dichiaro di aver preso visione e di accettare quanto contenuto nel Regolamento dell'Associazione.

Data .....

In fede .....