

CORSO N°

DAL..... AL

DATI DELL'ALLIEVO/A :

Nome:..... Cognome:.....

Data di nascita:..... Indirizzo:.....

NAP:..... Località:.....

Telefono:..... (*)

Email:

L'allievo/a ha intolleranze/allergie alimentari NO / Sì,

DATI DEL GENITORE (AUTORITÀ PARENTALE)

Nome:..... Cognome:.....

Data di nascita:..... Indirizzo:.....

NAP:..... Località:.....

Telefono:..... (*)

Email:

Il genitore/il detentore dell'autorità parentale assicura che l'allievo sappia nuotare e che sia idoneo dal profilo medico a partecipare al corso e dichiara di sollevare lo YCAs da ogni e qualsiasi responsabilità per danni o inconvenienti che dovessero derivare all'allievo e da questo provocati a persone, cose o terzi, sia a terra che in acqua.

Si autorizza inoltre lo YCAs ad utilizzare e diffondere fotografie ed immagini o riprese filmate che possono ritrarre l'allievo durante l'attività di scuola vela allo scopo di promozione della stessa; in ogni caso sarà data preventiva informazione in merito.

Luogo:..... Data:..... Firma:

Spedire compilato a : info@ycas.ch oppure YCAs, CP 505, 6612 Ascona

(*) inserire il recapito dove si è più facilmente raggiungibili, perché verrà usato per informazioni importanti