



LIBERATORIA

Periodo di Prova Gratuito

Io Sottoscritto (Cognome e Nome)

In qualità di genitore/tutore dell'Atleta (Cognome e Nome)

Dati Atleta:

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Accetto di far provare a mio/a figlio/a la pratica del ciclismo senza assicurazione e senza certificato medico che attesta lo stato di sana e robusta costituzione.

Sollevo pertanto da ogni responsabilità l'Associazione Sportiva Dilettantistica "Ciclistica Bujese", il Presidente ed ogni suo dipendente o incaricato per qualsiasi tipo di infortunio che il suddetto atleta dovesse subire nel periodo di prova gratuita.

Il periodo di prova gratuita dura quattro allenamenti e inizia in data odierna per un periodo massimo di quattro settimane.

Dichiaro inoltre che il suddetto minore non ha problemi di salute che gli impediscano di praticare attività sportive non agonistiche o che mettano a rischio la propria incolumità fisica.

N.B. L'avvio della procedura di tesseramento alla Federazione Ciclistica Italiana con conseguente attivazione della polizza assicurativa infortuni, sarà possibile dove aver acquisito un valido certificato medico che attesti l'idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Data _____

In Fede

(Firma leggibile del genitore/tutore)

Eventuali note o comunicazioni del genitore/tutore: