



## AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DEL PERIODO DI PROVA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome del genitore)

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Città) (Provincia) (C.A.P.)

\_\_\_\_\_ (Via, Viale o Piazza) \_\_\_\_\_ (N.ro)

recapito \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(email) (telefono abitazione) (cellulare)

### genitore di

\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome del giocatore/trice)

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

### chiedo l'autorizzazione allo svolgimento del periodo di prova con l'A.S.D. POLISPORTIVA ORATORIO SENAGO

dichiaro di essere consapevole che, nel periodo di prova, svolgendo attività sportiva di tipo occasionale, in attesa dell'eventuale successivo tesseramento, mio/a figlio/a è scoperto/a di assicurazione, assumendomi pertanto ogni responsabilità in caso di eventuale infortunio. Si dichiara inoltre di esonerare da responsabilità la A.S.D. POLISPORTIVA ORATORIO SENAGO ed ogni suo collaboratore o incaricato da ogni e qualsivoglia responsabilità per danni a persone o cose che il minore dovesse causare nel periodo di prova nello svolgimento dell'attività.

Dichiaro inoltre:

- non ha impedimenti per l'attività sportiva o allergie che ne impediscano lo svolgimento;
- si prega di tenere presente che \_\_\_\_\_

Senago, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(firma di chi esercita la potestà genitoriale)

Allego copia del certificato medico in corso di validità allo svolgimento dell'attività sportiva:  
Scadenza validità certificato medico: \_\_\_\_\_

- La presente autorizzazione dovrà essere consegnata direttamente all'Allenatore della categoria di appartenenza, nella prima seduta di allenamento.
- Gli allenatori sono assolutamente tenuti a non accettare ragazzi privi di autorizzazione da parte dell'Associazione ed a rispettare le date sopra riportate.