MODULO DI ISCRIZIONE CORSO DI SCI

DOCTOR SKI – TEAM ROSA

DATI ALLIEVO/A:

NOME E COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

DATI GENITORE:

NOME E COGNOME: _____

INDIRIZZO E CITTA': _____

COD. FISCALE: _____

TELEFONO E MAIL: _____

LIVELLO:

- ○ **MAI SCIATO** **(PINGUINI)**
- ○ **PRINCIPIANTE (CAMPOSCUOLA)** **(SCOIATTOLI)**
- ○ **BASE (SEGGIOVIA)** **(ORSETTI)**
- ○ **AVANZATO** **(CIVETTE)**

☐ reg

I RECUPERI DEVONO ESSERE SEMPRE ACCORDATI CON IL DR. SKI.

SARANNO POSSIBILI QUANDO IL NUMERO DEGLI ALLIEVI E IL LIVELLO SODDISFERA' LA RICHIESTA.

DOCTOR SKI - Via Montello, 84/A – 36063 Marostica (VI)

Tel. 351 2090052 - Facebook Doctor SKI Service - Mail info@doctorski.it - www.doctorski.it

SCEGLI IL TUO CORSO:

- ○ **SABATO** o **DOMENICA**
- ○ **9.30 – 12.30**

○ **CORSO DICEMBRE**		**€ 130**	
○ **CORSO GENNAIO**		**€ 130**	
○ **CORSO FEBBRAIO**		**€ 130**	
○ **CORSO MARZO**		**€ 130**	
○ **SKI PASS AGEVOLATO 3 USCITE x 3 ORE**	~~€ 90~~	**€ 76 + 5 cauz.**	OPZIONALE
○ **SKI PASS AGEVOLATO 4 USCITE x 4 ORE**	**€ 132** ~~€ 112~~	**+ 5 cauz.**	OPZIONALE
○ **SKI PASS AGEVOLATO 6 USCITE x 3 ORE**	~~€ 180~~	**€ 153 + 5 cauz.**	OPZIONALE

TOTALE PAGATO **€**

-Autorizzo all'utilizzo di immagini che riprendano mio figlio nelle attività attinenti al corso con l'esclusiva finalità di documentare e pubblicizzare le attività stesse.

-Autorizzo al trattamento di dati personali ai sensi del D.L. 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni.

_____

_____

COPIA DA CONSEGNARE AI MAESTRI DEL TEAM IN ROSA

Il Sig. _____ genitore di _____

Si è iscritto al corso _____ giorno_____

SKI PASS SI ☐ NO ☐

PAGATO € _____.

DOCTOR SKI - Via Montello, 84/A – 36063 Marostica (VI)

Tel. 351 2090052 - Facebook Doctor SKI Service - Mail info@doctorski.it - www.doctorski.it