

Modulo NEOFITI IN PROVA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov _____

Via/piazza _____ n. _____ CAP _____

Padre/madre/tutore di: _____

Nato/a a _____ il _____

AUTORIZZA

Il/La proprio/a figlio/a a partecipare a due settimane di allenamenti in prova presso l'Amatori Tradate Rugby Club a partire dalla data indicata nell'accettazione.

DICHIARA

Di conoscere i rischi connessi a tale attività e certifica lo stato di buona salute del/della proprio/a figlio/a.

Dichiara di essere a conoscenza che gli allenamenti possono essere oggetto di servizi fotografici e giornalistici, filmati radio-televisivi, video-registrazioni e pertanto AUTORIZZA l'effettuazione dei suddetti servizi, che potrebbero riguardare anche la persona e immagine del/della proprio/a figlio/a senza richiedere alcuna forma di rimborso.

DICHIARA ALTRESÌ

Di aver preso visione del **Protocollo ATRC per la ripresa degli allenamenti in sicurezza**, ultimo aggiornamento, e si impegna a rispettarne il contenuto in tutte le sue parti, ivi comprese le regole di distanziamento interpersonale e il rispetto delle procedure necessarie per l'accesso al luogo dell'allenamento.

Tradate, li _____

Per accettazione _____

E-mail _____

Cellulare _____