

## ISCRIZIONE CORSO DI SCI

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il..... a ..... (.....) e residente in  
..... via/piazza ..... n° .....,  
C.A.P..... (.....), nella sua qualità di esercente la potestà parentale sul  
figlio/a ....., nato/a il .....  
a..... C.A.P. .... CF.....,

### CHIEDE

che suo/a figlio/a venga iscritto/a al corso di sci organizzato dallo SCI CLUB GOGA, nella località Piana di Vigizzo per un totale di **5 Giornate intere** (circa 6 ore al giorno di lezione) al prezzo di **€ 199 comprensivo di Ski Pass e pranzo presso il ristorante in quota.**

5 SABATI : 13-20-27 gennaio 3-9 Febbaio [ ]

5 DOMENICHE 14-21-28 gennaio 4-10 Febbaio [ ]

**Capacità sciistiche** [ ] principiante [ ] discreto [ ] buono

**Noleggiorattrezzatura € 65 per tutta la durata del corso** [ ]

**Cellulare x comunicazioni** ..... **e.mail** .....

#### INFORMATIVA PRIVACY

Presavisione dell'informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità ivi indicate. Acconsento inoltre all'utilizzo di materiale foto e video per le finalità dell'associazione.

Firma ..... Data.....



**PIANA** di **VIGEZZO**