



**Oggetto: PERIODO di PROVA per eventuale tesseramento alla Atletica Alto Garda e Ledro**

Numero quattro (4) sedute di allenamento a partire dal giorno: \_\_\_\_\_

E comunque per un periodo di massimo (2) settimane.

L'Associazione Sportiva Dilettantistica ATLETICA ALTO GARDA E LEDRO, vista la richiesta verbale del

Sig./Sig.ra ..... genitore/responsabile di:

..... Cellulare di recapito per eventuali

emergenze ..... concede la possibilità di partecipare gratuitamente a n.4

sedute di allenamento massimo di 2 settimane per verificare se lo sport dell'atletica leggera piace e si

addice al ragazzo/ragazza.

Si fa presente che non essendoci un regolare tesseramento non risulta operativa durante il periodo delle prove nessuna copertura assicurativa in caso di incidente o infortunio e che, pur adottando i nostri istruttori tutte le misure idonee per ridurre al minimo il rischio di eventuali infortuni, la pratica dell'ATLETICA LEGGERA (corsa, salti, lanci) è comunque a rischio di cadute, traumi, o ferite.

Si suggerisce quindi che il genitore/responsabile del minore sia presente durante le sedute.

Con la firma della presente il genitore solleva quindi la società ASD ATLETICA ALTO GARDA E LEDRO ed il rispettivo tecnico da ogni responsabilità per eventuali infortuni che dovessero accadere al proprio figlio/a.

Si impegna inoltre di raccomandare al proprio figlio/a un comportamento corretto nei confronti dei compagni, del tecnico e delle attrezzature usate.

Confermo di aver letto attentamente quanto sopra e di approvare.

Data .....

Firma del genitore .....

Allenatore che ha raccolto la richiesta: .....

Date di prova

--	--	--	--

Via Pomerio 9, 38062 ARCO

TEL e FAX: 0464 510346 - info@atleticaaltogardaeledro.com – [www.atleticaaltogardaeledro.com](http://www.atleticaaltogardaeledro.com)  
P.IVA 01369100225 C.F. 93005300228 - IBAN: IT16 L080 1635 3200 0000 2146 137 BIC CCRT1T2T04A