

Il/la sottoscritto/a

Cognome: Nome:

Tel. E-mail.....

(in caso di minore):

Genitore di

Cognome: Nome:

Nato/a a il

Residente a Via

DECLINA

L'A.S.D. GINNASTICA MEDA da ogni responsabilità per quanto concerne eventuali infortuni che si possono verificare e per eventuali danni subiti e/o causati nel periodo sotto citato dal/dalla proprio/a figlio/a durante la partecipazione alle prove gratuite.

La prima prova si svolge il giorno

dalle ore alle ore

La seconda prova si svolge il giorno

dalle ore alle ore

presso la palestra situata a MEDA (MB) in via Caduti Medesi n.13.

Firma (del genitore in caso di minore)

.....

Data