

**Associazione Sportiva Dilettantistica Atletica Vignate**

Centro sportivo via Lazzaretto – 20052 Vignate MI

CF 91507960150

atleticavignate1984@gmail.com

www.atleticavignate.com

**Modulo di iscrizione
CORSI FITNESS**

Stagione sportiva 2025/2026

DATI PERSONALI

COGNOME	NOME
CF	NATO/A A IL
INDIRIZZO	CITTÀ
CELLULARE	CAP
	E-MAIL

QUADRIMESTRE ottobre-gennaio febbraio-maggio**ANNUALE** ottobre-maggio

Barrare la casella corrispondente al corso/i scelto/i:

CIRCUIT TRAINING lunedì e mercoledì dalle 20.30 alle 21.30
c/o palestra scuola secondaria, via A.Volta 1 Mono-settimanale* (_____)
 Bi-settimanale**BODY TONIC** martedì e giovedì dalle 21.00 alle 22.00
c/o palestra scuola secondaria, via A.Volta 1 Mono-settimanale* (_____)
 Bi-settimanale**MORNING FITNESS** martedì e venerdì dalle 9.00 alle 10.00
c/o palazzetto dello sport, via Lazzaretto Mono-settimanale* (_____)
 Bi-settimanale**PILATES** martedì e venerdì dalle 10.00 alle 11.00
c/o palazzetto dello sport, via Lazzaretto Mono-settimanale* (_____)
 Bi-settimanale

*Per la frequenza mono-settimanale è necessario indicare il giorno scelto nell'apposito spazio

Il sottoscritto dichiara la veridicità dei dati sopra riportati, di accettare lo Statuto e i Regolamenti dell'Associazione e si impegna al versamento della quota di iscrizione a seconda dell'attività scelta.

Vignate, lì _____

Firma _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Accordo al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e in relazione all'informativa fornita (lettere A, B, C), nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Il consenso, obbligatorio, è direttamente espresso con la firma

Autorizzo inoltre l'Associazione ad effettuare riprese fotografiche e video durante le attività, ivi compresa la diffusione delle informazioni e delle immagini relative alle attività e competizioni organizzate e agli esiti delle stesse (lettera D).

 Sì No

Vignate, lì _____

Firma _____

PER COMPLETARE L'ISCRIZIONE

è necessario:

1. Compilare il presente modulo in ogni sua parte;
2. Pagare la quota di iscrizione⁽¹⁾⁽²⁾;
3. Essere in possesso del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva⁽²⁾

I documenti dovranno essere tempestivamente inviati tramite posta elettronica all'indirizzo atleticavignate1984@gmail.com oppure consegnati all'incaricato/a o presso la sede dell'attività o associativa.

QUOTA⁽¹⁾

La quota QUADRIMESTRALE ammonta a:

- Mono settimanale: €90
- Bi settimanale: €130

La quota ANNUALE ammonta a:

- Mono settimanale: €160
- Bi settimanale: €240

NOVITÀ: formula porta un amico: -15€ sull'iscrizione rinnovata (valida solo su una quota di un rinnovo)

MODALITÀ DI PAGAMENTO⁽²⁾

Il pagamento della quota di iscrizione deve essere effettuato a mezzo **bonifico bancario**.

INTESTATO A: ASD Atletica Vignate;

IBAN: IT20A0845334040000000020255;

CAUSALE: Fitness *Cognome Nome*

CERTIFICATO MEDICO⁽²⁾

Per partecipare all'attività in palestra È OBBLIGATORIO AVERE UN CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITÀ.

È richiesto il **certificato medico di buona salute** per l'idoneità fisica all'attività sportiva non agonistica, fornito dai centri di medicina sportiva o dal medico di base.