



Mi impegno a presentare il **CERTIFICATO MEDICO**, di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, prima di svolgere qualsiasi attività sportiva organizzata dall' Associazione Sportiva Dilettantistica Scuola Kung Fu Cantù.

Cognome  
Nato a  
Residente in  
città  
tel.  
e-mail  
Genitore di

il  
Il sottoscritto interessato, preso atto della scheda informativa (art. 10 L.675/96), esprime libero consenso al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili.

L'interessato  
Firma \_\_\_\_\_

Nome  
il  
via  
C.A.P.  
cell.  
professione  
Nato a  
Residente in

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto Sociale e del regolamento e di accettarne integralmente le norme.

Data  
Firma \_\_\_\_\_

Chiedo di aderire in qualità di socio Ordinario all'Associazione Sportiva Dilettantistica Scuola Kung Fu Cantù.

**A.S.D. S.K.F.C.**