

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

al corso sotto specificato, alla Lega Navale Italiana e alla Federazione Italiana Vela  
(se già iscritto a LNI e/o FIV indicare il n° di tessera)

Io sottoscritto, in nome e per conto di *(Cognome e nome dell'allievo)*

.....  
nato a ..... il .....

abitante in (via p.za) ..... n° .....

C.A.P. .... città ..... prov. ....

Codice fiscale .....

Tel.Abit. .... Ufficio..... Cell.....

E-mail .....

Iscritto alla L.N.I. Tessera ..... Iscritto alla F.I.V. Tessera .....

n° ..... n° .....

chiedo di partecipare al Corso di Vela per ragazzi presso la Base Nautica della Sezione di  
Milano all'Idroscalo (e di associarmi alla LNI e alla FIV se non già iscritto)

Corso : ..... Turno ..... (dal ..... al ..... )

Al riguardo:

- dichiaro di essere a conoscenza del regolamento e del programma che ivi verrà svolto e  
di accettarlo in ogni sua parte, con particolare riguardo all'osservanza degli orari,  
disposizioni e modalità;

- dichiaro di saper nuotare autonomamente;

Allego:

- il certificato medico in corso di validità (12 mesi) completo in ogni sua parte

- l'importo di € .....

Recapito telefonico durante l'orario dello svolgimento del Corso.....

Firma (del genitore o di chi fa le veci)

(data) .....

I dati forniti nella domanda sono sottoposti alle prescrizioni della Legge n° 196 del  
30/06/2003. Essi vengono trattati esclusivamente all'interno della Lega Navale Italiana e  
sono protetti ed accessibili solo ai responsabili.

Firma per presa visione

## CERTIFICATO MEDICO

Circolare n. 25 del 24/6/1992 del Ministero della Sanità

Dichiaro di aver sottoposto a visita medica il/la giovane:

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Indirizzo .....

che risulta di essere di sana e robusta costituzione, esente da imperfezioni fisiche e da  
segni clinici di malattie in atto o pregresse, tali da controindicare le attività non agonistiche di  
avviamento allo sport della vela, del canottaggio e della canoa.

Malattie pregresse.....

Esame obiettivo: misure antropometriche

Altezza m. .... Peso Kg. ....

Apparato respiratorio .....

Apparato digerente .....

Allergie (eventuali) .....

Terapie praticate (eventuali) .....

Esami complementari (a giudizio del medico), da effettuarsi in base alle risultanze dell'esame  
clinico: .....

Firma e timbro del Medico

(data) .....

I dati forniti nella domanda sono sottoposti alle prescrizioni della Legge n° 196 del  
30/06/2003. Essi vengono trattati esclusivamente all'interno della Lega Navale Italiana e  
sono protetti ed accessibili solo ai responsabili.

Firma per presa visione