

SCHEDA DI ISCRIZIONE – CORSI SITTING E STANDING 2008-09

Da inviare via fax o via posta o via e mail:
alla segreteria Freewhite Ski Team Tel/fax +39 0122 750772
Info: Gianfranco 393/9317821 347/1410544
gianfranco@freewhite.it - info@freewhite.it

Il/la sottoscritto/a		E-mail:	
nato/a a	Il	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	posso camminare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
residente a	CAP	Via	
Cell.	tel.	Fax	
Disabilità (descrizione dettagliata)			
accompagnatore 1		accompagnatore 2	
nato/a		nato a	
data nascita		data nascita	
residente a	CAP	residente a	CAP
Via		Via	

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALLA MANIFESTAZIONE SECONDO LE MODALITA' ESPRESSE NEL PRESENTE DOCUMENTO

Prego di specificare barrando le caselle:

- PERFEZIONAMENTO** (chi ha già provato a sciare ed è quasi autonomo)
- RICHIESTA UTILIZZO ATTREZZATURE** (COMPILARE LA SCHEDA)

CORSI FREEWHITE SKI TEAM ASD – UNIMEDICAL

- 31 marzo-03 aprile 2009 Sestriere (TO) corso GRATUITO Hotel*** HB €55,00 / day**

Per adesione ed iscrizione al Corso sopra evidenziato

_____, li ___/___/200__

In fede

Il sottoscritto autorizza la Freewhite Ski Team al trattamento dei dati personali, ai sensi dell' art.10 L 675/96.

_____, li ___/___/200__

In fede

NORME PARTECIPAZIONE CORSI:

1. Il partecipante alla manifestazione si assume la responsabilità di eventuali danni fisici o materiali, da lui causati a se stesso o a terzi, durante la manifestazione stessa.
2. Il partecipante si impegna moralmente a partecipare attivamente ai programmi concordati nel rispetto dell'impegno sottoscritto dalla Freewhite con la UNIMEDICAL sponsor del corso
3. E' obbligatorio l'uso del casco. Lo stesso verrà fornito all'inizio delle attività.
4. E' obbligatorio compilare e firmare la presente scheda, per avere diritto all'iscrizione al Corso, ed inviarla preventivamente via fax allo 0122/750772 ed a mezzo posta *l'originale*.
5. Si richiede l'invio di opportuno Certificato Medico di idoneità per attività non agonistica e del certificato di invalidità rilasciato dagli Enti competenti.
6. La partecipazione al corso è subordinata al Tesseramento CIP. Il partecipante potrà provvedere autonomamente in qualità di "corsista", presso una qualsiasi Società Affiliata oppure richiedendo al Freewhite Ski Team di essere associato versando la tassa di iscrizione al raggiungimento della sede del corso (iscrizione FW e tesseramento CIP € 25).
7. Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo dei partecipanti previsti.
8. Per quanto concerne gli accompagnatori il costo del soggiorno in Hotel *** HB è di € 55,00 al giorno.
9. Si richiede, per i partecipanti e per gli accompagnatori, il versamento di una caparra confirmatoria pari a € 100,00 a persona alla prenotazione con versamento alle seguenti coordinate: Intesa Sanpaolo S.p.a., Agenzia di Sestriere, ABI 03069, CAB 31020, cc n 322 intestato a Freewhite Ski Team – IBAN: IT46C030693102010000 0000 322 – causale "Caparra assistenti e/o partecipanti corso FW-UNIMEDICAL dal 31 marzo al 03 aprile 09 di nome e cognome"
In caso di defezione, anche per motivi di salute, la caparra non sarà restituita.
10. La Vostra iscrizione sarà ritenuta effettiva e definitiva nel momento in cui sarà effettuato il versamento della caparra e il ricevimento di tutta la documentazione richiesta
11. Il programma della manifestazione potrà subire cambiamenti in seguito a cause di forza maggiore.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione delle norme suddette e si impegna rispettarle sottoscrivendo il presente modulo.

_____, li ____/____/200__

In fede

TESSERAMENTO CIP:

- Di essere Tesserato al C.I.P. in qualità di corsista (allego versamento e documentazione)
- Di essere Tesserato al C.I.P. con la società sportiva:
- Di non essere ancora Tesserato al CIP e di richiedere tesseramento alla Freewhite Ski Team ASD (compilare la parte sottostante)

_____, li ____/____/200__

In fede

Con la presente il sottoscritto _____ richiede alla Freewhite Ski Team ASD di essere ammesso in qualità di socio per l'anno 2008/09, per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari dell'Associazione, e demanda al sodalizio il proprio tesseramento al CIP.

Per le motivazioni anzidette si impegna al versamento di € 25,00 al raggiungimento della sede del corso.

_____, li ____/____/200__

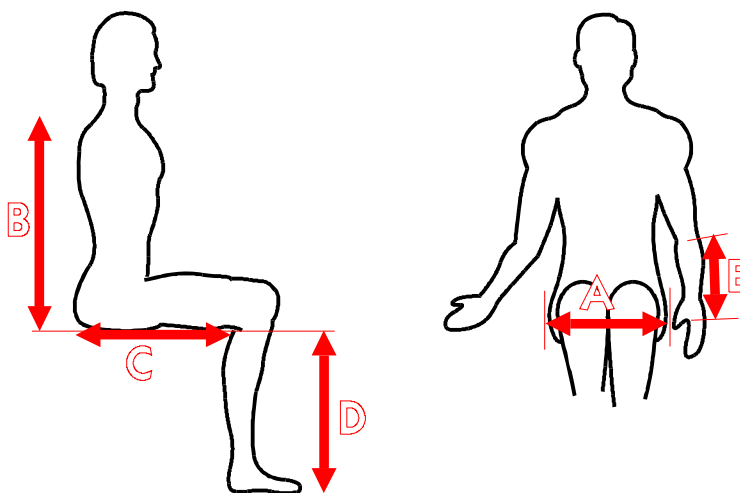
In fede

SCHEDA ATTREZZATURE

Vi preghiamo di compilare la seguente scheda, relativa ai materiali di cui si richiede fornitura, seguendo le indicazioni mostrate in figura:

COGNOME E NOME _____

- A. MONOSKI DUALSKI
- B. STABILIZZATORI PER AMPUTATI SI' NO
- C. CASCO *OBBLIGATORIO* SI' NO MISURA _____
- D. TIPO DI LESIONE E LIVELLO FUNZIONALE _____



- E. LARGHEZZA MASSIMA DEL BACINO _____
- F. ALTEZZA DALLA SEDUTA ALLE SPALLE _____
- G. LUNGHEZZA DALLO SCHIENALE AI POLPACCI _____
- H. ALTEZZA DAI POLPACCI ALLA PIANTA DEL PIEDE _____
- I. LUNGHEZZA DAL GOMITO AL POLSO _____
- J. PESO (CIRCA) _____
- K. ALTEZZA (CIRCA) _____

PER DUBBI O CHIARIMENTI RIGUARDO ALLE SUDETTE MISURE NON ESITATE A TELEFONARE AL RESPONSABILE DEL CORSO

_____, li ____/____/200__

In fede
