



GRUPPO AKS

ASSOCIAZIONI KARATE SCUOLA

Presidenza: Avv. Lauricella Giovanni Tel. 0543/25053

Direzione Tecnica: M° Pari Carlo Tel. 339/8967377

Domanda di: ...Affiliazione.....

Anno Sportivo: /

Società Sportiva:		Sede Sociale:	
Recapito Postale:		Tel.: fax cell.	
Anno di fondazione:		Anno di prima affiliazione:	
Indirizzo Palestra:		Tel. Palestra:	
Cognome Nome		Luogo/Data di Nascita	Indirizzo
Presidente			
Vice-Presidente			
Consigliere			

Direttore Tecnico

Preso conoscenza del R.O., dichiaro di assumermi per l'anno in corso, la responsabilità presso la scrivente società.

Cognome Nome:..... Professione:.....

Disciplina	Grado	Qualifica	Luogo di acquisizione
Disciplina	Grado	Qualifica	Luogo di acquisizione
Disciplina	Grado	Qualifica	Luogo di acquisizione
Disciplina	Grado	Qualifica	Luogo di acquisizione

Firma.....

Il sottoscritto Presidente CHIEDE l'affiliazione della propria Associazione Sportiva al Gruppo AKS per l'anno...../.....
e DICHIARA di accettare lo Statuto ed i regolamenti del Gruppo AKS, dichiara inoltre che tutti i tesserati sono in possesso di idonea Certificazione Medica per la pratica dell'attività sportiva.

Data di Presentazione

Documento d'Identità del Presidente

Firma Presidente

Il Presidente della Società dichiara, sotto la propria responsabilità, che tutti gli atleti, giudici, tecnici e dirigenti tesserati con la propria Società, partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dal Gruppo AKS in forma spontanea e senza vincolo ed obbligo di partecipazione, in quanto organizzate in forma ricreativa dilettantistica e di svago.

Dichiara altresì che tutti i tesserati si impegnano a non richiedere il risarcimento dei danni al Gruppo AKS per infortuni non rimborsati dalla Società di Assicurazione cui il Gruppo iscrive i tesserati.

Ricevuto dalla Segreteria del Gruppo AKS

Data e firma