



AVAL-CDV
CENTRO VELA ALTO LARIO
SCUOLA VELA

MODULO ISCRIZIONE
ADULTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____)

C.F. _____

residente in via _____ n° _____

Città _____ cap _____ prov _____

Tel: _____ mail _____

chiede di poter frequentare il corso adulti

Ha già frequentato corsi: si no

Pernottamento in foresteria: si no

scrivere i 4 week end preferiti da aprile a ottobre: 1° _____

2° _____

3° _____

4° _____

Allergie alimentari: _____

Come sei venuto a conoscenza di questo corso? _____

Pagamento: contanti/pos bonifico

Allego certificato medico

data: _____ firma : _____