



A.V.A.V.

ASSOCIAZIONE VELICA ALTO VERBANO
PRE- ISCRIZIONE CORSO di VELA SU CABINATI – ADULTI

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel _____

Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Codice Fiscale

Note :

CHIEDO

Di essere iscritto al Corso di Vela su cabinati per adulti

Dichiaro di essere disponibile nei seguenti periodi:

O Sabato o Domenica

Solo Sabato

Solo Domenica

In caso di recuperi, formazione gruppi sono disponibile anche nel seguente periodo:

Dichiaro di aver frequentato altri corsi di vela

non aver frequentato altri corsi di vela

Data _____

Firma _____