

MODULO DI PRIMO ACCESSO

Balance Academy a.s.d.
Corso Leonardo Da Vinci 48/50,
21013 Gallarate (VA)
Tel. 3917694887
Mail: segreteria@balanceacademy.it

Io sottoscritto/a _____

genitore di (in caso di minore) _____

In qualità di esterno non socio chiedo di poter prendere parte ad una lezione dimostrativa al fine di conoscere l'attività proposta da Balance Academy A.S.D. e

dichiaro

- di assumermi ogni responsabilità riguardo la mia persona, per danni personali e/o procurati ad altri (e/o a cose) nonché per i miei eredi e/o aventi causa,
- di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili ed imprevedibili, connessi alla pratica dell'attività pur non potendosi considerare tale un'attività potenzialmente pericolosa e di sollevare l'associazione da qualsiasi responsabilità ad esso legata.

Numero di telefono (obbligatorio) _____

Gallarate ____ / ____ / _____

Firma _____