

MAGGIORENNI	lo sottoscritto/a
MINORENNI	lo sottoscritto/a
	Genitore di
TELEFONO (obbligatorio)	

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.

Gallarate \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_