FEDERAZIONE ITALIANA BASEBALL SOFTBALL

RICHIESTA PARTECIPAZIONE ATTIVITA'

Per la squadra/selezione: **Categoria:**

Attività: **del** **in programma a**

Atleta - Nome e Cognome:

Luogo e data nascita:

Indirizzo e telefono:

email:

Tira Batte Ruolo/i

Società d'appartenenza:

Serie:

In allegato: fototessera (800x600 px), copia certificato medico per attività agonistica in corso di validità

Si dichiara

di esonerare e liberare la Federazione Italiana Baseball e Softball (FIBS) da ogni responsabilità, reclamo, azione, danno, costi o spese di qualsiasi natura sia legale che ordinaria, conosciuta o sconosciuta, che ognuno dei sottoscritti abbia mai avuto, ha o potrà avere nei confronti della FIBS, derivante o in ogni modo correlata, direttamente o indirettamente, alla partecipazione del giocatore alle attività sopra citate, ivi compresi i diritti di utilizzo delle immagini, fisse o in movimento, dell'atleta in divisa da gioco, acconsentendo e autorizzando altresì la eventuale sottoposizione del minore a un test antigenico rapidoCOVID-19 da parte di personale medico autorizzato, esonerando la Federazione da ogni correlata responsabilità.

Firma dell'Atleta _____

Nome e Cognome:

Data di nascita:

1. Firma del Genitore/Tutore _____

Nome e Cognome

2. Firma del Genitore/Tutore _____

Nome e Cognome

Luogo e data: