



**Società Sportiva LAZIO Atletica Leggera**  
**ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA**  
**Affiliata FIDAL - RM050 Affiliata FISPEs - RM059**  
**Codice Fiscale 96045670583 PI 14710441008**  
**Sede Via Filippo Corridoni, 14 - 00195 - Roma - Italia**  
**Cell. 3392884633. [segreteria@sslazioatletica.org](mailto:segreteria@sslazioatletica.org)**  
**[www.sslazioatletica.org](http://www.sslazioatletica.org)**



## LIBERATORIA PROVA ATLETICA SCUOLA DI ATLETICA LEGGERA LAZIO 2023-2024

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

con la presente RICHIEDO che mio figlio/a \_\_\_\_\_ possa effettuare la prova di ATLETICA LEGGERA e attività ludico motoria con la Società Sportiva Lazio Atletica Leggera A.S.D.

- Dichiaro di sollevare da ogni responsabilità la Società, il Presidente e tutti i collaboratori, per qualsiasi tipo di infortunio che il ragazzo/a dovesse subire durante la prova di atletica relativa al giorno \_\_\_\_\_ presso lo Stadio della Farnesina.
- Dichiaro sotto la propria responsabilità che il ragazzo/a non ha problemi di salute che gli impediscano di praticare attività sportiva dilettantistica.
- Dichiaro di essere a conoscenza che il periodo di prova è gratuito e che nessun compenso è dovuto.

Roma li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Firma Atleta o del genitore se minore)

DATI PERSONALI ATLETA DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE CHE HA LA PATRIA POTESTÀ					
NOME*		COGNOME*			
LUOGO DI NASCITA *		DATA DI NASCITA*		CITTADINANZA*	
INDIRIZZO*			N°CIVICO*	CAP*	
CITTÀ*				PROV.*	
CONTATTO ATLETA/GENITORE*		CELLULARE*			
CONTATTO MAIL*					