CENTRO SPORTIVO VIVERE VERDE
S.S.D Tennis Team Senigalllia
Via Bramante, 1 - 60019 Senigallia - AN
Tel. 071.7924805

SCUOLA TENNIS 2026/27

►dal 14/09 2026 al 31/05/2027 ◄

Direttore Tecnico	**M° Giuseppe Bevilacqua**	tel. **335 432264**
Resp. Scuola Tennis	**Ma Claudia Oliva**	tel. **338 5401436**
Resp. Scuola Tennis	I.F. **Giovanni Bevilacqua**	tel. **393 9178009**
Resp. Settore Agonistico	**M° Danilo Quaranta**	tel. **339 6193451**
Resp. Adulti	I.F. **Marco Corinaldesi**	tel. **347 6477614**

ALLIEVO

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n _____

Tel. casa _____ Cell _____

GENITORE

COGNOME _____ **NOME** _____

Si conferma di aver preso visione del Regolamento Informativo della Scuola Tennis e di voler iscrivere il/la figlio/a.
Per provvedere al tesseramento, ci si obbliga a consegnare in segreteria una copia del certificato medico per la pratica agonistica o non agonistica.

Scadenza certificato medico: ___/___/_____

Tel. casa _____ Tel. Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Si fa presente che mio figlio/a, durante la settimana, è impegnato/a negli orari sottoindicati per altre attività. (es: rientro scolastico, dottrina, nuoto, chitarra, ecc.)
Si prega dunque di scrivere con ordine negli appositi spazi qui sotto gli impegni pomeridiani del figlio e di consegnare questo foglio ai Maestri entro **Venerdì 18 settembre** per poter permettere loro la programmazione degli orari.

ORE	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
14					
15					
16					
17					
18					

Gli orari delle lezioni **saranno pronti Lunedì 21Settembre** in mattinata e pubblicati sul sito **www.tennisteamsenigallia.it**
Verranno per il momento inseriti in orario solo gli allievi che avranno **consegnato completo** questo foglio di iscrizione.

Data, lì _____ Firma genitore _____