

SCUOLA DI PARACADUTISMO FANO SKY TEAM S. S. D. a r. l.

MODULO DI TESSERAMENTO

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA

VIA.....N°.....
CITTA'.....CAP.....STATO.....
TEL.....
E-MAIL.....

GRUPPO SANGUIGNO:

ALLERGIE/ INFO MEDICHE

.....

PERSONA DA CONTATTARE

Nome.....

.....

Relazione.....

Tel.....

PARACADUTISMO

LICENZA: NR..... SCUOLA DI APPARTENENZA.....

CONVALIDA ATTIVITA' MINIMA ANNUALE: SCUOLA..... DATA.....

COMPAGNIA ASSICURATIVA.....DATA SCADENZA ASS.

DATA SCADENZA VISITA MEDICA.....

VELA PRINCIPALE.....VELA AUSILIARIO.....

DATA ULTIMO RIPIEGAMENTO AUSILIARIO..... TIPO AAD.....

SCADENZA PROVE DI SGANCIO DATA.....

NUMERO TOTALE DI LANCI.....

ANNO INIZIO ATTIVITA'.....

DICHIARO DI ESSERE IN POSSESSO DI LIBRETTO DI ATTESTAZIONE/LICENZA DI PARACADUTISMO,CERTIFICATO ASSICURATIVO,VISITA MEDICA. TUTTI I DOUMENTI SOPRA CITATI SONO IN CORSO DI VALIDITA'. DICHIARO DI UTILIZZARE UN PARACADUTE DEBITAMENTE AUTORIZZATO DALLE AUTORITA' COMPETENTI.

DATA _____

FIRMA _____