

CENTRO OLIMPICO FEDERALE - VIA DEI SANDOLINI, 79 - 00122 LIDO DI OSTIA / RM - TEL.: 06/56470520 FAX: 06/56470384

**PER L'ANNO 200 .....**
**L'ISTITUTO SCOLASTICO**
**CODICE FEDERALE**
**ANNO DI 1<sup>a</sup>  
AFFILIAZIONE**

L'Organizzazione Sportiva \_\_\_\_\_  
 dell'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_  
 con Sede nel Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
 presa visione dello Statuto e dei Regolamenti Federali (scaricabili dal sito internet [www.fijlkam.it](http://www.fijlkam.it)),

### CHIEDE

di ☐ **affiliarsi** ☐ **riaffiliarsi** alla Federazione Italiana Judo Lotta Karate Arti Marziali per lo svolgimento dell'**attività non agonistica** riguardante la/le suddetta/e disciplina/e:

☐ **JUDO** ☐ **AIKIDO** ☐ **JU JITSU**
☐ **LOTTA** ☐ **SUMO**
☐ **KARATE**

### DICHIARA

- di accettare incondizionatamente lo Statuto ed i Regolamenti della Federazione Italiana Judo Lotta Karate Arti Marziali;
- l'idoneità sanitaria per lo svolgimento dell'attività non agonistica degli Alunni in elenco;
- di ☐ **avere** ☐ **non avere** stipulato polizze infortuni come Istituto Scolastico.

### FORNISCE LE SEGUENTI INFORMAZIONI

|                                     |  |  |  |                          |  |  |  |           |  |                |  |          |  |           |  |          |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|-----------|--|----------------|--|----------|--|-----------|--|----------|--|
|                                     |  |  |  |                          |  |  |  |           |  |                |  |          |  |           |  |          |  |
| DENOMINAZIONE COMPLETA              |  |  |  |                          |  |  |  |           |  | CODICE FISCALE |  |          |  |           |  |          |  |
| INDIRIZZO CORRISPONDENZA            |  |  |  |                          |  |  |  |           |  | C.A.P.         |  | COMUNE   |  | PROVINCIA |  | TELEFONO |  |
| INDIRIZZO PALESTRA                  |  |  |  |                          |  |  |  |           |  | C.A.P.         |  | COMUNE   |  | PROVINCIA |  | TELEFONO |  |
| INDIRIZZO SEDE                      |  |  |  |                          |  |  |  |           |  | C.A.P.         |  | COMUNE   |  | PROVINCIA |  | TELEFONO |  |
| INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA      |  |  |  |                          |  |  |  |           |  |                |  |          |  |           |  |          |  |
| NOME E COGNOME DIRIGENTE SCOLASTICO |  |  |  | COMUNE E DATA DI NASCITA |  |  |  | INDIRIZZO |  |                |  | TELEFONO |  | E-MAIL    |  |          |  |
| NOME E COGNOME INSEGNANTE TECNICO   |  |  |  | COMUNE E DATA DI NASCITA |  |  |  | INDIRIZZO |  |                |  | TELEFONO |  | E-MAIL    |  |          |  |

☐ Copia FIJLKAM ☐ Copia Comitato Regionale ☐ Copia Istituto Scolastico

Firma del Dirigente Scolastico

Segue sul modello AN/Mod. SC01a/2008

**COMPILARE A MACCHINA O A STAMPATELLO**