

## Autorizzazione al Rientro Autonomo del Minorenne

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
CODICE FISCALE	TELEFONO	EMAIL	
INDIRIZZO RESIDENZA - -			

### Autorizzazione al Rientro Autonomo del Minorenne

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore/tutore legale del minore \_\_\_\_\_ (di seguito "l'Atleta"), con la presente dichiara di essere consapevole che, al termine degli allenamenti organizzati da S. Ilario BasketVolley Associazione Sportiva Dilettantistica, l'Atleta potrebbe lasciare la sede dell'attività sportiva per fare rientro autonomamente al proprio domicilio.

Autorizzo il mio/a figlio/a a rientrare autonomamente al termine degli allenamenti.

Non autorizzo il mio/a figlio/a a rientrare autonomamente al termine degli allenamenti e mi impegno a garantire la presenza di un adulto responsabile per il ritiro del minore.

Il sottoscritto/a, sollevando S. Ilario BasketVolley Associazione Sportiva Dilettantistica da ogni responsabilità per eventuali incidenti o danni che potrebbero occorrere durante il tragitto dall'impianto sportivo al domicilio del minore, dichiara inoltre di assumersi piena responsabilità per la decisione assunta con il presente modulo.

27/08/2024

Firma \_\_\_\_\_