



CENTRO ESTIVO COMUNE DI LUCOLI-PARCO DELLO SPORT

Compilare la scheda in stampatello leggibile.

I sottoscritti:

Cognome nome Mamma _____ Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____	Cognome nome Papà _____ Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____
---	--

genitori di:

Cognome _____ Nome _____ Età _____ Classe frequentata _____
 Nato il _____ a _____, residente a _____ in via _____ n° _____
 Recapito Telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Reperibilità in caso di bisogno:

persona 1 _____ (grado di parentela: _____) tel _____
 persona 2 _____ (grado di parentela: _____) tel _____

chiedono che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso in qualità di socio all'a.s.d. ParcodelloSport

CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO OBBLIGATORIO

(a partire dai 6 anni di età)

Spazio riservato alla segreteria.

Settimana	ORARIO
	8.30-16.30
01-05 luglio	<input type="radio"/>
08-12 luglio	<input type="radio"/>
15-19 luglio	<input type="radio"/>
22-26 luglio	<input type="radio"/>
29-02 agosto	<input type="radio"/>
05-09 agosto	<input type="radio"/>
19-23 agosto	<input type="radio"/>
26-30 agosto	<input type="radio"/>

DATA	CONTRIBUTO	SETTIMANE	NOTE

Richiesta variazioni orario ingresso/uscita _____

Autorizziamo nostro/a figlio/a ad uscire dal CentroEstivoSportivo, alle ore.....sotto la nostra responsabilità, non accompagnato

SI NO

Firme dei genitori _____

Altre persone autorizzate al ritiro (*oltre ai genitori*): _____

Allergie/intolleranze alimentari _____

Preso atto del programma, del regolamento e delle condizioni, chiedo di iscrivere mio/a figlio/a al CENTRO ESTIVO SPORTIVO

Data _____

Firme dei genitori _____

Consenso facoltativo per uso materiale fotografico e/o riprese video per fini didattici e divulgativi ai sensi del D. Lgs. N.196/03 (privacy)

ACCONSENTO SI NO

Data:

Firme dei genitori _____

IL PRESENTE MODULO, COMPILATO, POTRA' ESSERE RINVIATO PER E.MAIL A: segreteria@parcodellosport@gmail.com