



## MODULO D'ISCRIZIONE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

LUOGO E INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ N TEL \_\_\_\_\_

TAGLIA ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

SCADENZA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_

SOCIETA' DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

Indicare eventuali allergie \_\_\_\_\_

Esigenze particolari \_\_\_\_\_

### IL GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' PARENTALE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

### INDICARE LA/E SETTIMANA/E PRESCELTA/E

- DAL 13 GIUGNO AL 17 GIUGNO
- DAL 20 GIUGNO AL 24 GIUGNO
- DAL 27 GIUGNO AL 01 LUGLIO
- DAL 04 LUGLIO AL 08 LUGLIO

LA MIA QUOTA DI PARTECIPAZIONE È DI € \_\_\_\_\_