



Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Genitore di \_\_\_\_\_

DICHIARA I DATI DEL PROPRIO FIGLIO/A-

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

tel. Mamma \_\_\_\_\_ tel. Papà \_\_\_\_\_

Ha frequentato la classe: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

Intolleranze, allergie e malattie: \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE ALLE SEGUENTI SETTIMANE (barrare):  Tutto il periodo dal 4/7 al 29/7

1°sett 04/07-08/07	2° sett 11/07-15/07	3° sett 18/07-22/07	4° sett 25/07-29/07
--------------------	---------------------	---------------------	---------------------

#### TAGLIA T-SHIRT BAMBINO

Taglia	5/6	7/8	9/10	11/12	13/14
Altezza	48	52	56	59	63
Larghezza	34	37	39	42	45
<b>METTERE X</b>					

#### TAGLIA T-SHIRT ADULTO

Taglia	XS	S	M	L	XL	XXL	3XL
Altezza	67	69	71	73	75	77	79
Larghezza	46	48	50	54	58	62	66
<b>METTERE X</b>							

**COSTO SETTIMANALE € 25,00 CON ORARIO 8.30-12.30**

**PAGAMENTO:** AL MOMENTO ISCRIZIONE BELGREST IN CONTANTI oppure

CON BONIFICO C/C CIRCOLO NOI GAUDETE APS: IBAN: **IT95C08732 59270000000529904**

Il/La sottoscritto/a autorizza, inoltre, il Circolo ai sensi della legge PRIVACY n. 163/2017 ad utilizzare e gestire, per i suoi fini statutari, il proprio nominativo e i propri dati, inseriti nella propria scheda personale.

Si comunica che possono essere prodotti filmati audio e video e materiale fotografico a solo scopo interno al servizio (filmati e foto per genitori).

Quale genitore autorizzo gli enti del servizio sanitario nazionale e il personale medico e paramedico ad adottare i percorsi diagnostici e terapeutici ritenuti necessari e/o opportuni al fine di recuperare l'integrità fisica e psico-fisica di nostro figlio/o, secondo la prudente valutazione.

Per accettazione: Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_