



Stage Estivo 2017

data: _____

Nome e cognome
bambino/a :

data e luogo di nascita:

Intolleranze ed allergie:

☐ SI

☐ NO

Se si specificare quali:

Particolari abitudini alimentari

Indirizzo:

Via/P.za

cap

Nome e cognome di un genitore:

Cellulare

Tel. Uff.

Tel. Casa

Mamma

Papà

stage estivo per la/e settimana/e

☐

12-16 giugno

☐

19-23 giugno

☐

26-30 giugno

☐

3-7 luglio

☐

certificato medico

Autorizzo il trattamento dei dati personali e delle immagini riprese nel corso dello Stage estivo ai sensi dell'Art. 13 L. 675/96

Firma del genitore

Autorizzo l'addebito in conto

☐

Firma
