

MODULO D'ISCRIZIONE

COGNOME: _____

NOME: _____

INDIRIZZO: _____

DATA NASCITA: ____/____/____

CODICE FISCALE: _____

DATI GENITORI:

PADRE: NOME E COGNOME: _____

MADRE: NOME E COGNOME: _____

EMAIL: _____

Contatti telefonici in caso di emergenza:

RECAPITO TELEFONICO1: _____ (specificare nominativo _____)

RECAPITO TELEFONICO2: _____ (specificare nominativo _____)

SETTIMANA SCELTA PER IL CAMPUS

10-14 luglio

17- 21 luglio

24- 28 luglio

SEGNALAZIONI SANITARIE:

E' necessario segnalare eventuali allergie, intolleranze o altre problematiche sanitarie. In assenza di segnalazioni dichiaro che l'iscritto NON ha nessuna allergia, intolleranza alimentare o altre problematiche.

E' OBBLIGATORIO PRESENTARE IL CERTIFICATO MEDICO attestante eventuali problematiche.

INDICARE (BARRANDO LA CASELLA) CON QUALE MODALITA' IL MINORE RAGGIUNGERA' CALIPOLIS

autonomamente a piedi o bicicletta

accompagnato da (indicare il nominativo)

FIRMA PADRE o di chi ne fa le veci

FIRMA MADRE o di chi ne fa le veci

ISCRIZIONE VALIDA SOLO DOPO VERSAMENTO DELL'INTERA QUOTA.