

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

genitore/trice di Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____ M F

CF _____ Residente in Via/Piazza _____

CAP _____ Località _____

Prov _____ Telefono genitore _____

Telefono altro (specificare) _____

Scuola frequentata _____ Attività Sportive praticate _____

Allergie _____ Intolleranze alimentari _____

altre indicazioni _____

ISCRIVE IL PROPRIO FIGLIO/A NELLE SEGUENTI SETTIMANE

Il Pagamento potrà essere effettuato:

1. in contanti,

2. bollettino postale cc 1015621491
intestato a San Giuseppe ASD,

3. Bonifico bancario Banco Posta
IBAN IT10Z0760111300001015621491

**Certificato medico obbligatorio
dai 7 anni compiuti**

**Specificare con attenzione il nominativo
del partecipante e le settimane
di frequenza ASD SAN GIUSEPPE**

		4-6 ANNI	7-12 ANNI	SABATO
11 giugno	15 giugno			
18 giugno	22 giugno			
25 giugno	29 giugno			
2 luglio	6 luglio			
9 luglio	13 luglio			
16 luglio	20 luglio			
23 luglio	27 luglio			
30 luglio	3 agosto			
6 agosto	10 agosto			
13 agosto	17 agosto			
20 agosto	24 agosto			
27 agosto	31 agosto			
3 settembre	7 settembre			