

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
10 giugno	14 giugno			
17 giugno	21 giugno			
24 giugno	28 giugno			
1° luglio	5 luglio			
8 luglio	12 luglio			
15 luglio	19 luglio			
22 luglio	26 luglio			
29 luglio	2 agosto			
5 agosto	9 agosto			
12 agosto	16 agosto			
19 agosto	23 agosto			
26 agosto	30 agosto			
2 settembre	6 settembre			