



ASD GINNASTICA VIGNATE SPORT

Sede Via G. d'Annunzio, 96 – 20096 Pioltello (Mi) – Tel. 320/0624840

e-mail asdginnasticavignatesport@gmail.com

C.F. 91584550155

VIGNATE SUMMER CAMP 2019 MODULO D'ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A a _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

CELL. MAMMA _____ CELL. PAPA' _____ TEL. CASA _____



NOME E NUMERO TELEFONICO PERSONA DI FIDUCIA _____

SEGNARE CON UNA CROCETTA LE SETTIMANE DEL CAMPUS:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Dal 10 al 14 Giugno | <input type="radio"/> Dal 26 Agosto al 30 Agosto |
| <input type="radio"/> Dal 17 al 21 Giugno | <input type="radio"/> Dal 02 al 06 Settembre |
| <input type="radio"/> Dal 24 al 28 Giugno | |
| <input type="radio"/> Dal 01 al 05 Luglio | |
| <input type="radio"/> Dal 08 al 12 Luglio | |
| <input type="radio"/> Dal 15 al 19 Luglio | |
| <input type="radio"/> Dal 22 al 26 Luglio | |
| <input type="radio"/> Dal 29 al 02 Agosto | |
-
- | |
|---|
| <input type="radio"/> Giornata intera (08:00/17:00 - € 95,00) |
| <input type="radio"/> Mezza giornata con pranzo (08:00/14:00 - € 85,00) |
| <input type="radio"/> Mezza giornata senza pranzo (08:00/12:15 - € 65,00) |
| <input type="radio"/> Post campus (17:00/18:00 - € 15,00) |
| <input type="radio"/> Sconto fratelli (- € 10,00 a bambino) |

ALLERGIE E/O MALATTIE

Data _____ Firma del genitore _____

Allegare certificato medico in originale o fotocopia autenticata (con timbro e firma del medico in originale)