



TRILLI

Il sottoscritto/a

Signor/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ (prov. _____) in _____

Codice fiscale _____

Recapiti:

Cellulare _____

Mail _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200, per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità,

DICHIARO

1. Di essere genitore/tutore del minore _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ (prov. _____) in _____

Codice fiscale _____

2. Di autorizzare mio figlio/a _____

A partecipare al CENTRO ESTIVO "MAGICAMENTE ESTATE"

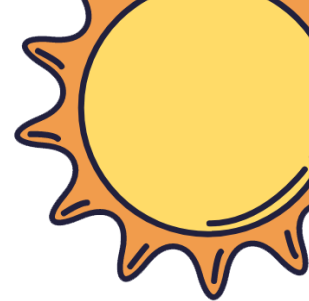
(scegliere la/le settimana/e desiderate e la frequenza)

☺ 1° sett. Dal 12/06 al 16/06	☺ 5° sett. Dal 10/07 al 14/07	☺ 9° sett. Dal 07/08 al 11/08
☺ 2° sett. Dal 19/06 al 23/06	☺ 6° sett. Dal 17/07 al 21/07	☺ 10° sett. Dal 16/08 al 18/08
☺ 3° sett. Dal 26/06 al 30/06	☺ 7° sett. Dal 24/07 al 28/07	☺ 11° sett. Dal 21/08 al 25/08
☺ 4° sett. Dal 03/07 al 07/07	☺ 8° sett. Dal 31/07 al 04/08	☺ 12° sett. Dal 28/08 al 01/09

☺ GIORNATA INTERA

☺ MEZZA GIORNATA

TRILLI ASD San Giorgio di Nogaro, via Giovanni da Udine 30 C.F 90027460303
Tel 043162021 cell 3343195002 mail cart.trilli@live.it



TRILLI

Altre informazioni utili per orario entrata uscita

3. Di autorizzare mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività organizzate per il centro estivo SALPIAMO CON TRILLI da TRILLI Associazione Sportiva Dilettantistica, con sede in San Giorgio di Nogaro, Via Giovanni da Udine n. 30, cod. fiscale n. 90027460303, esonerando completamente l'organizzazione anche da eventuali danni, causati o subiti, a cose e persone che il minore potrà provocare anche a sé stesso.

Ritengo inoltre di SEGNALARE

4. Che mio figlio/a soffre delle seguenti patologie
ALIMENTARI

FARMACOLOGICHE

DA CONTATTO

VARIE ALTRE

5. Che mio figlio/a è soggetto a patologie che richiedono cure particolari:

☺ SI ☹ NO

Se sì quali _____



TRILLI

Dichiaro inoltre quanto segue:

1. Di ESSERE reperibile, in caso di necessità ai seguenti recapiti (indicare almeno due numeri di telefono)

2. Di AUTORIZZARE espressamente le animatrici di TRILLI ASD, a fine giornata, a consegnare mio figlio/a, all'infuori del/la sottoscritto/a, alla/e persona/e di seguito indicate e che trattasi obbligatoriamente di altra persona MAGGIORENNE:

Nome e cognome	_____
----------------	-------

Grado di parentela	_____
--------------------	-------

Liberando pertanto le responsabili dell'Associazione e le loro collaboratrici da ogni e qualsiasi voglia responsabilità civile e/o penale connessa alla consegna del minore.

Confermo di aver letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la mia firma e sono consapevole che firmando il presente contratto, rinuncio a determinati diritti legali.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____