



## CENTRO IPPICO DEL LAGO A.S.D.

### MODULO DI ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono lavoro (interno) \_\_\_\_\_ Telefono cell. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Genitore di:

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

Iscrivo mio/a figlio/a al centro estivo

**La frequenza scelta è:** *(barrare con una X)*

- 21 giugno - 25 giugno
- 5 luglio - 9 luglio
- 19 luglio - 23 luglio
- 2 agosto - 6 agosto
- 16 agosto - 20 agosto
- 30 agosto - 3 settembre

---

Il sottoscritto genitore, o esercente la potestà genitoriale, del minore iscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi del Dpr 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara inoltre:**

- 1) che il minore sopra indicato ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie;
- 2) che il minore sopra indicato è soggetto alle seguenti allergie o intolleranze (allegare certificazione medica):

Data: \_\_\_\_\_ Firma leggibile per esteso \_\_\_\_\_