

MODULO DI ISCRIZIONE CAMPUS DELLE ARTI

NOME e COGNOME GENITORE _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

MAIL _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONI DI ENTRAMBI I GENITORI _____

NOME E COGNOME BAMBINO _____

ETA' _____ DATA DI NASCITA _____

INTERESSI E ATTITUDINI PARTICOLARI _____

CAMPUS DELLE ARTI

- Giornata intera
- Mezza giornata con pranzo
- Mezza giornata senza pranzo

Giornaliero dal _____ al _____ N° Giornate _____

Settimanale dal _____ al _____ N° Settimane _____

Allergie e malattie da segnalare _____

Eventuali medicine da somministrare _____

Autorizzo la pubblicazione di foto e filmati inerenti le attività svolte con la Sperimentiamo AMT

Autorizzo il trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa vigente.

DATA _____

FIRMA _____