



MODULO ISCRIZIONE CAMP

DATI ATLETA

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____

Nazione _____ Cittadinanza _____ CELL. _____

Residente in Via / Piazza _____ N° TAGLIA KIT _____

DATI GENITORE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____ CELL _____

C.F. _____ Nazione _____ Cittadinanza _____

Residente in Via / Piazza _____ N° _____

MODALITA' PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE TOT. 200,00 EURO

ACCONTO (da erogare al momento iscrizione)	50,00 EURO
SALDO (da erogare entro 7gg inizio camp *)	150,00 EURO
BONIFICO BANCARIO -ASD SCHOOL PROJECT TAU- IT04Y0538770080000004645465- CAUSALE : CAMP /ANNATA /NOME/ COGNOME	
<i>*Per formalizzare l'iscrizione è necessario effettuare il pagamento della quota corrispondente al periodo scelto per la partecipazione entro 7gg dall'inizio dell'attività prescelta.</i>	
La quota iscrizione comprende:	
• KIT ESCLUSIVO (N2 TSHIRT- N2 PANTALONCINI CORTI-N1 PAIO CALZINI- N1 SACCA GYM-N1 BRACCIALETTO)	
• QUOTA ASSICURATIVA FREE SPORT (SPECIFICHE SUL SITO WWW.CENTROSPORTIVOITALIANO.IT)	
• N 5 PASTI PRESSO LA STRUTTURA OSPITANTE	

PROPOSTA SETTIMANA DAY TAU CAMP(barrare il periodo prescelto)

15/20 GIUGNO

22-27 GIUGNO

29-04 LUGLIO

Dichiarazione di intolleranze alimentari:

Il sottoscritto _____ dichiara lo stato di:

Assenza di allergie/intolleranze alimentari

Presenza di allergie/intolleranze alimentari: specificare _____

OBBLIGATORIA LA COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO CON VALIDITA' PER IL PERIODO PRESELTO DI SVOLGIMENTO

Firma per accettazione _____