

ALUNNA/O (nome e cognome) _____

Luogo e Data di nascita _____ il _____

CF _____

INDIRIZZO

Via _____ n. _____ Cap _____

Città PALERMO Prov. PA

DATI GENITORI:

MADRE (nome e cognome)

PADRE (nome e cognome)

TELEFONI

Casa _____ cell. Madre _____ cell. Padre _____

e-mail _____

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____ nato/a a

_____ il _____

residente a _____

In via _____

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a _____

Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del Summer camp (attività ricreative e manuali, escursioni a piedi, giochi all'aperto, attività sportiva)

SEGNALAZIONI

Allergie

Intolleranze alimentari _____

Dichiaro, inoltre, che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo gli organizzatori da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo

DATA e FIRMA DEL GENITORE
