

## ISCRIZIONE CITY SUMMER CAMP PER MINORI

### DATI DEI GENITORI

#### Primo genitore

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

#### Secondo genitore

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

**Chiedono** l'iscrizione del/la proprio/a figlio/a al Summer Camp che si terrà a Genova presso la fattoria didattica "IL CILIEGIO" di San Desiderio a partire dal 14 di giugno fino al 2 di luglio 2021.

NOME: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO IL: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**PER POTER ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO, SI PREGA DI VERSARE ENTRO SABATO 5 GIUGNO LA QUOTA DI 200 € (quota comprensiva anche dell'iscrizione e dei pasti – per le settimane successive il costo sarà di 180 €)**

### COORDINATE BANCARIE

NELLA CAUSALE DEL BONIFICO INDICARE IL NOME DEL/DELLA RAGAZZO/A PARTECIPANTE

Conto 202 12477 Monte dei Paschi di Siena – di **ALL ACADEMY**

IBAN: IT35U0103001402 0000012477 66

## INFORMAZIONI PERSONALI



**NOME DELLO STUDENTE**

--

## INFORMAZIONI DI CONTATTO PER EMERGENZE

NOME COMPLETO	
RAPPORTO DI PARENTELA	
TELEFONO DI CASA	
TELEFONO DI LAVORO	
TELEFONO CELLULARE	

**INFORMAZIONI MEDICHE/DIETA:** barrando "si" siete pregati di specificare

	SI	NO	DETTAGLI
Lo studente ha dei disturbi o una qualche disabilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente ha allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente assume dei farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lo studente segue una dieta particolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Con la presente autorizzo ACADEMY a seguire le indicazioni dello staff medico e autorizzo trattamenti medici/anestetici per lo studente in caso di emergenza.

**INDICARE IL GRUPPO SANGUIGNO DELLO STUDENTE:** \_\_\_\_\_

Nel caso in cui lo studente necessiti della visita di un medico, lo staff ACADEMY richiederà il nome e i dettagli di contatto del medico di base dello studente.

Indicare qui sotto i contatti del medico di base

Nome del medico		Numero di telefono	
Email		Indirizzo	

NOME DEL GENITORE/TUTORE

FIRMA

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_