



SCHEDA ISCRIZIONE

Dati bambino

Cognome

Nome

Sesso

C.F.

Data di nascita

Età

Luogo di nascita

Comune di residenza

Cap

Via e numero civico

Telefono abitazione

Cellulare

Altri contatti

Richiesta entrata ore 7.30 8.00

Richiesta uscita ore 13.30 16.00

intolleranze o allergie presenti

Costo d'iscrizione a copertura assicurativa € 20,00 saldata il / /

Settimane alle quali si richiede di partecipare: (barrare la/e casella/e di scelta)

1-5 agosto SENSES WEEK

8-12 agosto ADVENTURE WEEK

22-26 agosto GEO WEEK

29 agosto-2 settembre MUD WEEK

Mail nidociripa90@gmail.com

Tel 0461/605073

Annachiara 338 8450440

Eleonora 328 2252425



SCHEDA ISCRIZIONE

Dati genitori per fatturazione

(barrare la casella vicino al genitore al quale si vuole che venga intestata la fattura)

Padre

Madre

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

Indirizzo e-mail (se possibile gmail)

NB: Al presente documento va allegata copia dell'**attestato di conformità vaccinale**

Data

Firma

Mezzolombardo, lì ___/___/___

Mail nidociripa90@gmail.com

Tel 0461/605073

Annachiara 338 8450440

Eleonora 328 2252425