

# SUMMER CAMP D.I.A. 2024

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via) \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## INDICARE SETTIMANA/E

- 17/21 GIUGNO
- 24/28 GIUGNO
- 01/05 LUGLIO
- 08/12 LUGLIO
- 15/19 LUGLIO
- 22/26 LUGLIO
- 29 LUGLIO/02 AGOSTO
- 05/09 AGOSTO

## SEGNALAZIONI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SI - NO Autorizzazione all'utilizzo dell'immagine del socio in foto e video (art.13 del Regolamento n. 679/2016)

DATA

FIRMA

-----

-----