

Campus Estivo

Piscine Comunali Cicci Rolla

Sezione per il genitore:

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Numero di
telefono _____ mail _____

Sezione per il/la partecipante:

Si autorizza il/la proprio/a figlio/a

Cognome _____ Nome _____

Data & luogo di nascita _____

a partecipare ad uno o più settimane di campus (specificare date)

- dal 23/06 al 27/06
- dal 30/06 al 04/07
- dal 07/07 al 11/07
- dal 14/07 al 18/07
- dal 21/07 al 25/07
- dal 28/07 al 01/08
- dal 04/08 al 08/08
- dall 11/08 al

IL GENITORE AL MOMENTO DELLA **CONSEGNA DEL CERTIFICATO MEDICO** dichiara eventuali Patologie gravi (sia presenti che passate).

Specificare per le patologie presenti la cura da seguire (farmaci e regole alimentari). Specificare eventuali intolleranze alimentare e la dieta da seguire: _____

Il sottoscritto genitore si impegna a fornire al proprio figlio per l'intera durata del Campus tutti i farmaci necessari a seguire eventuali terapie collegate a patologie presenti. Eventuali farmaci lasciati dai genitori ai figli dovranno essere dichiarati alla direzione del campus

Data _____

firma _____

Nella quota di partecipazione è incluso il pranzo (si prega il genitore di specificare qualora ci fossero allergie o intolleranze alimentari)

Attrezzatura richiesta:

- Cuffia
- Ciabattine da utilizzare all'interno dell'impianto
- Costume di ricambio
- 2asciugamani
- cappellino per proteggersi dal sole
- protezione solare

i pagamenti possono essere effettuati presso la segreteria dell'impianto o tramite bonifico bancario, chiediamo cortesemente che esso avvenga la settimana precedente rispetto a quella da voi selezionata.

IBAN: **IT43D0623049773000046640592**

intestato a Lerici Sport SSD arl