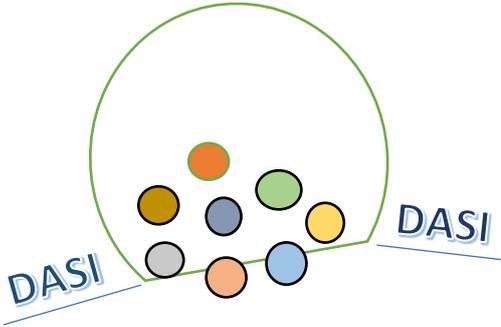


FORMULARIO D'ISCRIZIONE



NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA.....

INDIRIZZO.....

NUMERO DI TELEFONO.....

NUMERO DI TELEFONO E CHI CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO

.....

Necessita medicinali da portare con sé?

.....

Intolleranze/allergie (a medicinali, alimenti, oggetti)

.....

Questa iscrizione vale per il periodo da settembre 2023 a giugno 2024.

LUOGO E DATA..... FIRMA.....

Per ogni necessità contattare la responsabile al numero 076 491 88 07

*Responsabile
Marisa Zanga*

Questi dati vengono conservati adeguatamente e non forniti ad altri.