



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:  genitore  chi ne fa le veci

### CHIEDO DI ISCRIVERE ALLO SPORT EVOLUTION CAMP 2020:

NOME E COGNOME DELL'ISCRITTO/A \_\_\_\_\_  
COD. FISCALE DELL'ISCRITTO/A \_\_\_\_\_  
NATO/A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
SPORT PRATICATO \_\_\_\_\_ SOCIETÀ D'APPARTENENZA \_\_\_\_\_  
Telefono familiare 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
E-mail familiare 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

SETTIMANA	Full Camp € 450	Day Camp con pranzo € 160	Day Camp senza pranzo € 110
28 Giugno - 4 Luglio 2020 <i>Cascia</i>			

#### AGEVOLAZIONI

- figli dipendenti DHL (sconto 11%)  
 Iscrizioni dal secondo figlio in poi (sconto 10%)

#### TAGLIA KIT UFFICIALE DEL SPORT EVOLUTION CAMP 2019:

- XS  S  M  L  XL  XXL

VORREI STARE IN STANZA CON \_\_\_\_\_

- COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO  (da allegare al presente modulo)  
COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  (da allegare al presente modulo)  
SCHEDE SANITARIE  (da allegare al presente modulo)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

1) BONIFICO BANCARIO su c/c intestato a A.S.D. SPORT EVO 2019.

**IBAN: IT 87C062 954 6050 0000 0299 4928**

nella causale è necessario specificare NOME e COGNOME dell'iscritto/a, la SETTIMANA/E scelto/e e il TIPO.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SPORT EVOLUTION  
CAMP