



PRE-ISCRIZIONE

ISCRIZIONE

Iscr. N° _____
DA RIPORTARE SUL RETRO

COGNOME e NOME

Nato a Il Residente a Via n°

E-mail Tel. Fisso/..... Cellulare

ATTIVITA' E FASCIA D'ETA'

ATTIVITA'	3-5 anni	6-7 anni	8-9 anni	10-11 anni	11-14 anni	P.T.	P.T.14	F.T.
CUCCIOLI FIORELLI								
CUCCIOLI GALILEI								
CUCCIOLI COLLODI								
VERNIO (cuccioli e grandi)								
GRANDI FIORELLI								
TRAPOCO A SCUOLA								
CAMPVOLLEY - Piccoli - Gavinana								
CAMPVOLLEY - Grandi - S. Marcello								
CAMP RUGBY - Cgfs-Gispi								
CAMPVOLLEY - Capalbio								
CAMP HOKEY - CGFS-H.Prato								
SETT. VERDE - Gavinana								
SETT. VERDE - Feliceto								
SETT. VERDE - Piancavallo								

PERIODO (Settimana/Mese)

GIUGNO			LUGLIO					AGOSTO				SETT.		Camp/Sett.Verde/Altro
2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	
7-11	14-18	21-25	28-2	5-9	12-16	19-23	26-30	2-6	9-13	16-20	23-27	30-3	6-10	
Quale:														
Periodo:														

QUOTA PAGATA all'atto dell'iscrizione per n° _____ settimane

Q.A.	Eson.	Totale da pagare	Anticipo alla Prenotazione	Saldo all'iscrizione
SI		€ _____	€ _____ data _____	€ _____
No				

Rateizzazione

Rateizzazione	1 ^a Rata del	2 ^a Rata del	3 ^a Rata del
	€ _____ <input type="checkbox"/> pag. effettuato	€ _____ <input type="checkbox"/> pag. effettuato	€ _____ <input type="checkbox"/> pag. effettuato

Settimane Aggiuntive

GIU.			LUG.					AGO				SET.	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2
Data _____			Data _____					Data _____				Data _____	
€ _____			€ _____					€ _____				€ _____	

Registrazione Pagamenti

Importo € _____	Importo € _____	Importo € _____	Importo € _____	Importo € _____
Pos/B.P. _____	Pos/B.P. _____	Pos/B.P. _____	Pos/B.P. _____	Pos/B.P. _____
Del _____	Del _____	Del _____	Del _____	Del _____

Prato, li _____

Il Genitore _____

ALTRE INFORMAZIONI NECESSARIE

Iscr. N° _____

Vedi numero attribuito sulla 1^a pagina

Cognome e Nome del bambino/ragazzo _____

Recapiti Telefonici: n° 1 _____ risponde _____

n° 2 _____ risponde _____

A)	INDICARE ALTRA/E PERSONE CHE POTREBBERO VENIRE A PRENDERE IL FIGLIO ALL'USCITA DEI CENTRI: 1. _____ Tel _____ 2. _____ Tel _____ 3. _____ Tel _____
B)	SUO FIGLIO/A SOFFRE DI INTOLLERANZE O ALLERGIE ALIMENTARI O ALLERGIE GENERICHE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI QUALI: _____ _____ _____
C)	SUO FIGLIO/A SEGUE TERAPIE FARMACOLOGICHE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI' PER QUESTE E' AUTONOMO NELLA SOMMINISTRAZIONE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D)	CHE LIVELLO DI ACQUATICITA' POSSIEDE SUO FIGLIO/A?: <input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> PE
E)	EVENTUALI NOTE DEL GENITORE: _____ _____ _____ _____

Autorizzazione a riprese fotografiche e Video (vedi dichiarazione liberatoria allegata): SI NO

Data _____

Firma del Genitore _____