

KIDS CAMP 2024  
*Modulo di adesione*

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

lo genitore (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale (intestatario della ricevuta) \_\_\_\_\_

**Desidero iscrivere mio/a figlio/a le seguenti settimane:**

1° settimana (dal 01 Luglio al 05 Luglio)	
2° settimana (dal 08 Luglio al 12 Luglio)	
3° settimana (dal 15 Luglio al 19 Luglio)	
4° settimana (dal 22 Luglio al 26 Luglio)	
5° settimana (dal 29 Luglio al 02 Agosto)	



**Luca Valente**  
3470876939



**Email**  
empe.sportasd@gmail.com



**Sito web**  
www.empesport.it

**SEGNALAZIONI**

*Allergie e/o intolleranze* .....

.....

.....

*Medicinali* .....

.....

.....

*Si autorizzano riprese e fotografie*

SI	NO
----	----

**DATI BANCARI**

Intestatario: **EMPE SPORT SSDaRL**

Iban: **IT 32 R034 4033 3600 0000 1052 700**

Causale: **Nome del bambino e nr di settimane di frequenza**



**Luca Valente**  
3470876939



**Email**  
empe.sportasd@gmail.com



**Sito web**  
www.empesport.it