



**MODULO ISCRIZIONE VIS PESARO EXPERIENCE CAMP 2024**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Carta Identità \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Genitore del bambino/a** \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_\_\_\_ Sesso \_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Carta Identità \_\_\_\_\_

Certificato Medico (da allegare copia). Data rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

Soffre di intolleranze, allergie, altro \_\_\_\_\_

Note da parte del genitore che intende segnalare \_\_\_\_\_

**CHIEDE D'ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO AL VIS PESARO EXPERIENCE CAMP 2024**

**ALLA SEGUENTE SETTIMANA: DAL 14 AL 20 LUGLIO**

**TOTALE COSTO: 650 €    ACCONTO: \_\_\_\_\_    METODO PAGAMENTO: \_\_\_\_\_**

**Allegare alla seguente domanda d'iscrizione:**

- CERTIFICATO MEDICO VALIDO.
- COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI UNO DEI GENITORI.

**ASD Academy Vis Pesaro**

Via degli Abeti 132

61122 Pesaro

C.F. 92058630416 - P.IVA 02703150413

[vispesaro1898.com](http://vispesaro1898.com)



- COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO FATTA ALLA PRENOTAZIONE (ACCONTO DI ALMENO META' QUOTA).
- DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'.
- LIBERATORIA UTILIZZO IMMAGINI E INFORMATIVA PRIVACY.
- MODULO DI TESSERAMENTO.

PESARO, IL

FIRMA

Per Info e Iscrizioni: Segreteria CAMP tel. 3934228660 - [settoregiovanile@vispesaro1898.com](mailto:settoregiovanile@vispesaro1898.com)

**ASD Academy Vis Pesaro**

Via degli Abeti 132

61122 Pesaro

C.F. 92058630416 - P.IVA 02703150413

[vispesaro1898.com](http://vispesaro1898.com)