

Centri Ricreativi Estivi 2025

Bambino/a: Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/_____

Residente in via _____ Città _____

Codice fiscale _____

Genitori:

MAMMA: Nome _____ Cognome _____

Recapiti telefonici: _____

PAPÀ: Nome _____ Cognome _____

Recapiti telefonici: _____

Orario frequenza: 8:00-13:00 8:00-16:00

Frequenza:

Note (*allergie, intolleranze alimentari, tutto ciò che è importante sapere*):

Modalità di pagamento: POS BONIFICO

Se richiesta fattura indicare i seguenti dati:

Intestatario: Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il ___/___/___ residenza _____

codice fiscale _____ indirizzo mail _____

Eventuali richieste sulla dicitura da inserire in fattura _____

Data _____

Firma _____