



• **DATI**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Indirizzo mail _____

Recapiti telefonici della madre _____

Recapiti telefonici del padre _____

Altri recapiti telefonici _____

• **GRADO D'ACQUATICITA'** (segnare con una crocetta)

- Ha paura dell'acqua Galleggia in Acqua Bassa Autonomo in Acqua Alta Ottimo nuotatore

• **AUTORIZZAZIONI**

Io Sottoscritto/a _____

fornisco a CooperSplash le seguenti autorizzazioni per mio figlio:

► **AUTORIZZAZIONE A RIPRENDERE IL BAMBINO**

Nominativo delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

STATO DI SALUTE Il genitore dichiara che il proprio figlio

non presenta

presenta

patologie particolari per le quali necessita di certificazione medica e/o di particolari attenzioni mediche

non presenta

presenta

allergie alimentari

In caso affermativo elencare le eventuali patologie e allergie