

**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**Nomi e Cognomi delle persone autorizzate a riprendere il bambino:

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

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

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

**► AUTORIZZAZIONE PER ESCURSIONI**

Autorizzo inoltre tutto il personale di CooperSplash ad accompagnare mio figlio in eventuali escursioni, preventivamente comunicate, al di fuori della struttura dove si svolge il Centro Estivo

Firma \_\_\_\_\_

**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

Firma \_\_\_\_\_