



• **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 \_\_\_\_\_