

A.S.D. MAGA Pattinaggio Artistico a Rotelle

IL SOTTOSCRITTO GENITORE

Al quale sarà intestata la ricevuta di pagamento, conforme per la dichiarazione dei redditi

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ Altro Telefono _____

e-mail _____

CHIEDE PER IL PROPRIO FIGLIO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Nazionalità _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Cap. _____ Via _____ N. _____

L'ISCRIZIONE AL CORSO 2024-2025

☐ **“MOON”** Nome Corso _____
Monosettimanale

☐ **“SUN” N. _____** Nome Corso _____ + Nome Corso _____
Bisettimanale

DICHIARA

di aver preso visione, approvare e accettare incondizionatamente in tutte le sue parti il
Regolamento dell'ASD MAGA Pattinaggio Artistico a Rotelle e
il Consenso informato utilizzo immagini.

Luogo e Data

Firma del genitore