



INNOVAMENTO SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

VIA VETICE N.41- SAN VALENTINO TORIO (SA)

C.F./P.I 05368270657

e-mail: innovamento@libero.it P.e.c. : innovamento@legalmail.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI ISCRIZIONE ACQUAPSICOMOTRICITA' E AUTISMO

Il sottoscritto(genitore) _____

Chiede l'iscrizione all'attività "ACQUAPSICOMOTRICITA' E AUTISMO 2018/2019"

Nome e Cognome(bambino) _____

Luogo e data di Nascita _____

Indirizzo _____

Località _____ CAP _____ Telefono _____

EMAIL _____

I dati personali dichiarati verranno utilizzati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura di iscrizione (D.lgs. n. 196/03)

Data _____

Firma del Genitore _____

Calendario e Modalità

Le attività di Acquapsicomotricità e Autismo iniziano a numero di bambini raggiunti per modalità e pagamento scaricare il file Condizioni generali 2018-2019

1. In caso di assenze brevi o prolungate non sono previsti né recuperi né rimborsi
2. La quota d'iscrizione non è in nessun caso rimborsabile
3. AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIO PRESENTARE IL CERTIFICATO MEDICO PER LA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA REDATTO DAL PROPRIO MEDICO CURANTE

Data _____

Firma _____