



CAMPUS 2019

Il sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

Genitore/Tutore del bambino:

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____

IL _____

RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____

Richiede la partecipazione del figlio/a alle attività del Campus Academy 2019

Previste nei seguenti giorni

SABATO 6 APRILE

SABATO 13 APRILE

DOMENICA 4 MAGGIO

DOMENICA 11 MAGGIO

Costo totale del Campus 10€

Firmando questo modulo il firmatario accetta l'informativa al trattamento dei dati personali allegata o comunque consultabile sul sito associativo all'indirizzo:

www.sancarlobresso.com/docs/trattamento_dati_personali.pdf

FIRMA (atleta maggiorenne e/o genitore) _____

Associazione Sportiva Dilettantistica San Carlo Bresso 1980

Piazza De Gasperi 1 – 20091 Bresso (MI)

info@sancarlobresso.com – www.sancarlobresso.com

Classification: Pubblico