



In Collaborazione Tecnica con

**Sport Plus**

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

# Zicamp2024

**DATI ATLETA**

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

Nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Scadenza visita medica: \_\_\_\_\_

Intolleranze: \_\_\_\_\_

L'atleta può uscire dal Centro in autonomia una volta finite le attività  Sì  No

Eventuali deleghe per l'uscita: \_\_\_\_\_

**PERIODO:**  10-14 Giugno  17-21 Giugno  24-28 Giugno  1-5 Luglio  8-12 Luglio  15-19 Luglio  22-26 Luglio**DATI GENITORE e/o TUTORE LEGALE**

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

Nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**RECAPITI**

Tel. cell: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zibido San Giacomo, lì \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Timbro della Società

FIRMA RESP. SOCIETÀ \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare al modulo d'iscrizione copia della visita medica****CODICE IBAN: IT82B0103034170000001160510 intestato ad ASD Zibido San Giacomo Calcio ed acceso presso il Monte dei Paschi di Siena - filiale Zibido.  
In caso di bonifico indicare come causale: ZICAMP24 nome e cognome dell'atleta seguito dall'anno di nascita**Il presente modulo di iscrizione è da consegnare in segreteria e e-mail a [info@asdzibido.it](mailto:info@asdzibido.it)**LE QUOTE VERSATE NON SONO RIMBORSABILI**