



**2. RACCOMANDAZIONI UTILI DAI GENITORI/TUTORE**

VOSTRO FIGLIO PORTA DELLE LENTI A CONTATTI, OCCHIALI, APPARECCHI PER L'UDITO, PROTESI DENTARIE, ECC. - PRECISARE.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**3. CONTATTO GENITORI/TUTORE**

NOME ..... COGNOME .....

INDIRIZZO .....

Telefono Casa ..... Cellulare.....

NOME ..... COGNOME .....

INDIRIZZO .....

Telefono Casa ..... Cellulare.....

Nome e cognome del medico curante (facoltativo):

.....

***Io sottoscritto, ..... responsabile legale del ragazzo, dichiaro con la mia firma che tutte le informazioni date nella presente scheda sono esatte e autorizzo l'animatore responsabile del club o il responsabile del campo a prendere, se necessarie, tutte le misure mediche (trattamento medico, ricovero, operazioni chirurgiche) che potranno essere necessarie per la buona salute del ragazzo.***

Data:

Firma :

.....