



# SUMMIT TAEKWONDO SUMMER CAMP

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PER I MINORENNI: COGNOME E NOME DEI GENITORI \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

TELEFONO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

N° CELLULARE PAPA' \_\_\_\_\_ N° CELLULARE MAMMA \_\_\_\_\_

TKD Praticante  TKD Non Praticante

GRADO \_\_\_\_\_

SOCIETA' \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI (allergie, intolleranze, medicinali, etc) \_\_\_\_\_

---

---

**Dichiaro di essere in possesso di copertura assicurativa privata per gli infortuni e RC.**

Autorizzo espressamente ad utilizzare eventuali immagini e foto riprese durante l'attività dell' Summit Taekwondo Summer Camp per scopi promozionali (siti internet etc.) Le immagini NON saranno cedute a terzi ne usate per altri scopi.

SI  NO

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_