



ISCRIZIONE LABORATORI AUT AUT

Il sottoscritto _____

Genitore di _____ nato il _____

a _____ Residente in via _____

a _____ Telefono _____

E-mail _____

DICHIARA che il figlio/a e:

- idoneo a partecipare ai Laboratori Aut Aut
- ha problematiche fisiche: _____
- prende farmaci: _____
- è allergico a: _____
- intolleranze alimentari; celiachia: _____
- altre segnalazione importanti: _____

CHIEDE di poter iscrivere il/la proprio/a figlio/a al/ai seguenti Laboratori:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a circa la registrazione dei dati personali sopra indicati e che gli stessi saranno

registrati nel nostro archivio informatico e verranno utilizzati in conformità alla Legge.

Il/la sottoscritto/a autorizzo/a l'Associazione Aut Aut Modena ad acquisire materiale fotografico ed audiovisivo riguardante mio/a

figlio/a e ad utilizzarlo a scopo informativo e divulgativo delle attività, delle esperienze e dei progetti svolti nel corso delle attività

estive, rinunciando espressamente a qualsiasi pretesa di carattere economico.

Modena, il _____

Firma _____