AMATORI BASKET SAVIGLIANO ASD

Corso Roma 70 12038 Savigliano (CN) c/o Palaferrua

Tel. 017221067 e-mail 005546@spes.fip.it

www.basketsavigliano.com P.IVA 01936330040

Il sottoscritto genitore (Cognome e Nome del Genitore/tutore)
_____-

Nato/a il ___/___/_____ a _____, in provincia di _____ (__),

Residente a _____, in provincia di _____ (__),

in Via _____, C.F. _____

In qualità di genitore e/o tutore legale del/della minorenne:

(Cognome e nome del minore) _____,

nato/a il __/_/____ a _____, in provincia di _____ (__),

Residente a _____, in provincia di _____ (__),

in Via _____, C.F. _____

AUTORIZZA

affinchè il minore di cui sopra possa fare ritorno al proprio domicilio al termine dell'orario giornaliero previsto del camp in autonomia senza essere accompagnato da nessun adulto, sollevando gli organizzatori da ogni responsabilità legata a tale scelta.

Luogo _____ Data __/__/___

Madre/padre e/o tutore/tutrice del minore

_____

(firma leggibile)