



Associazione Provinciale per i Minori

AUTORIZZAZIONE DI PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' APERTA DI APPM ONLUS

ATTIVITA'	
-----------	--

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (dati del genitore/tutore)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:
telefono:	

AUTORIZZA (dati del minore)

Cognome:	Nome:
nato/a a:	il:
residente a:	in via:

A PARTECIPARE ALL'ATTIVITÀ

organizzata dal Servizio Educativo di APPM Onlus: _____
che si svolgerà dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ dalle ore _____ alle ore _____
per la quale è fissata una quota di partecipazione di € _____

E' INOLTRE CONSAPEVOLE

- di essere responsabile dell'accompagnamento del minore alla e dalla sede del Servizio Educativo APPM Onlus, all'inizio e al termine dell'attività;
- che APPM Onlus è esente da ogni responsabilità al di fuori dell'orario concordato per l'attività.

DATA

FIRMA
