

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Via: \_\_\_\_\_ NAP e città: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. cellulare: \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome genitore: \_\_\_\_\_

**MI ISCRIVO AL SEGUENTE TURNO:**

- I. turno: dal 16 luglio al 27 luglio 2018**  
 **II. turno: dal 30 luglio al 10 agosto 2018**

*Quota per turno: domiciliati nella Nuova Bellinzona, Frs. 300.-- per partecipante, per due settimane  
 non domiciliati, Frs. 350.-- per partecipante, per due settimane*

- Possiedo un abbonamento ai mezzi di trasporto pubblici. Specificare quale: \_\_\_\_\_  
 **I miei genitori mi autorizzano ad utilizzare mezzi pubblici e privati di trasporto, durante la colonia per eventuali spostamenti legati alle attività.**

**Capacità di nuoto/tuffi (per uscite in piscina) :** \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE**

Assicurazione malattia e infortuni: \_\_\_\_\_  
 Allergie (medicamenti, insetti, ...): NO  SI  Se sì specificare: \_\_\_\_\_  
 Asma o altri disturbi respiratori: NO  SI  Se sì specificare: \_\_\_\_\_  
 Diabete: NO  SI  Se sì specificare: \_\_\_\_\_  
 Altri problemi di salute: NO  SI  Se sì specificare: \_\_\_\_\_  
 Vaccinazioni standard: NO  SI   
 Esigenze alimentari particolari: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI NECESSITA'/URGENZA CONTATTARE:**

Cognome e nome della persona da contattare: \_\_\_\_\_  
 Tel. privato: \_\_\_\_\_ Tel. cellulare: \_\_\_\_\_  
 Tel. lavoro: \_\_\_\_\_  
 Medico curante del partecipante (cognome, nome e località): \_\_\_\_\_  
 Tel. studio medico: \_\_\_\_\_  
 Il partecipante è abbonato alla REGA

**Da ritornare prima possibile, per posta al: "Centro Spazio Aperto, Via Gerretta 9a, 6500 Bellinzona"**  
**Le iscrizioni verranno accettate secondo disponibilità e in ordine di data (vale il timbro postale).**  
 Per ulteriori informazioni telefonare al nr. 091 826 47 76 oppure inviare e-mail a: info@spazioaperto.ch

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma genitore: \_\_\_\_\_