



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
AREA MINORI

Centro **A**ggregazione **G**iovanile

Viale Lombardia 14/A 46100 Mantova

Scheda di iscrizione

N° _____

Data _____

Nome _____ Cognome _____

Nazionalità _____ Sesso: (Maschio) / (Femmina)

Residente a _____ in via/Piazza _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Numero dei componenti il nucleo familiare _____

DATI DI UN GENITORE O DI CHE NE FA LE VECI

Nome _____ Cognome _____

In qualità di: Madre / Padre / Tutore

Nato a _____ il _____

Recapito telefonico 1 _____

Recapito Telefonico 2 _____

Codice Fiscale _____

Autorizzo il minore di cui sono responsabile a frequentare il Centro di aggregazione giovanile.

AREA SANITARIA

Eventuali allergie:

• ALIMENTARI SI NO

SE SI, QUALI? _____

• AMBIENTALI SI NO

SE SI, QUALI _____

• FARMACOLOGICHE SI NO

SE SI, QUALI _____

SI ALLEGA Informativa e consenso CAG