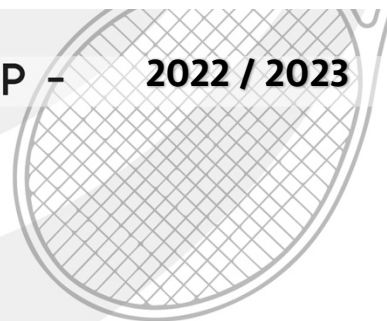




TENNIS CLUB C H I A S S O



DATI PERSONALI

COGNOME

NOME

REFERENZE DEL GENITORE :

Indirizzo

Cap/Nap

Città

*Data di nascita (gg/mm/anno)

*Tel. Cell

Tel. casa

Tel. ufficio

*E-mail

* Campi obbligatori

SETTIMANE DESIDERATE

(più scelte possibili)

Giornata intera

Mezza giornata

Dal 03 Luglio al 07 Luglio

Dal 10 Luglio al 14 Luglio

Dal 12 Luglio al 21 Luglio

FRATELLI

SI

NO

Ho letto e accetto tutte le condizioni e regolamenti del TC CHIASSO

LUOGO E DATA

FIRMA

(Per i minorenni è necessaria l'autorizzazione scritta del detentore della autorità parentale).

Formulario da ritornare a Tennis Club Chiasso, Via Campagna 4, CH6832 Seseglio

☎ Tel +4191682 06 16 ✉ E-mai: scuola@tcchiasso.ch