

MODULO D'ISCRIZIONE

PARTECIPANTE

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

Nato a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

C.F. _____

non tesserato FIGC

tesserato FIGC – società di appartenenza _____

Ruolo giocatore _____

Peso _____ (kg) Altezza _____ (cm)

Certificato medico (data scadenza) ___ / ___ / _____

Intolleranze alimentari NO SI _____

ADULTO AVENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

Nato a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

C.F. _____

Cell. _____ E-mail _____

INDICARE IL PERIODO PRESCELTO *(è possibile indicare una o più settimane)*

1ª SETTIMANA dal Lunedì 06 luglio al Venerdì 11 luglio 2026

2ª SETTIMANA dal Lunedì 13 luglio al Venerdì 17 luglio 2026

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- Solo 1ª settimana: **€200**
- Solo 2ª settimana: **€150**
- Entrambe le settimane: **€300**

CONTATTI

ASD Calcio Zoppola

Email: calciozoppola1932@gmail.com

Telefono: 349 1445948

Data _____

Firma _____

❖ Allegare il certificato medico in corso di validità