



Il Parco Corno alle Scale

Via Roma, 1 loc. Pianaccio
40042- Lizzano in Belvedere (Bo)
Tel. 0534.51761/fax 0534.51763

**in collaborazione con il
Consorzio Operatori turistici
propone**



**SETTIMANE VERDI
(7 giorni da sabato a sabato)
al Parco Corno alle Scale tra natura, sport e giochi all'aria aperta**

SETTIMANE VERDI ESTATE 2008

Per informazioni

Ufficio Parco Corno alle Scale tel. 0534.51761, fax. 0534.51763,

promozione@parcocornoallescale.it,

Consorzio di Commercializzazione Corno alle Scale tel. 0534.54364, fax 0534.55119

consorzio@cornoaallescale.info

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Entro il 30 maggio compilare la scheda iscrizione ed inviarla al Consorzio di Commercializzazione del Corno alle Scale fax: 0534.55119, tel. 0534.54364

Entro 10 giorni prima della vacanza fare bonifico dell'intera quota presso:

Banca di Credito Cooperativo dell'Alto Reno-Filiale di Vidiciatico

COD. IBAN IT08Z 08331 36861 000100050579

Consorzio di Commercializzazione turistica Corno alle Scale Via Marconi, 25 -40042

Vidiciatico (Bo)

CAUSALE: Settimana verde e indicare periodo e nome partecipante

Inviare copia dell'avvenuto bonifico al fax 0534.55119

CLAUSOLA: in caso di rinuncia per motivi personali, se il numero partecipanti nello stesso periodo settimanale, resterà uguale o inferiore a 10, non verrà restituita nessuna quota di partecipazione.

SCHEDA ISCRIZIONE

Io sottoscritto (NOME E COGNOME GENITORE) _____
autorizzo mio figlio (NOME E COGNOME) _____ a

partecipare alla Settimana Verde presso il Parco del Corno alle Scale nel periodo

BARRARE CON UNA X IL PERIODO SCELTO

- 14 giugno-21 giugno (fascia di età 8-11 anni) ,
- 21 giugno-28 giugno (fascia di età 12-15 anni),
- 28 giugno – 5 luglio (fascia di età 8-11 anni)
- 5 luglio – 12 luglio (fascia di età 12-15 anni)
- 12 luglio – 19 luglio (fascia di età 8-11 anni)
- 23 agosto- 30 agosto (fascia di età 12-15 anni)
- 30 agosto- 6 settembre (fascia di età 12-15 anni)

DATI PARTECIPANTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A IL _____

RESIDENTE IN _____

Codice fiscale _____

Recapiti genitori telefono _____ cellulare _____

Dati medici

Allergie o intolleranze _____

Vaccinazioni fatte _____

Fratture _____

Operazioni _____

Gruppo sanguigno _____

Patologie o disturbi di cui soffre il ragazzo/a _____

Medicinali assunti per le suddette patologie _____

Medicinali assunti in caso di febbre _____

Numero del medico di famiglia _____

Firma _____