



ASD BikeVolleySummer

### Autorizzazione al rientro da SOLO

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato /a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ NR \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ NR \_\_\_\_\_

Identificato a Mezzo di (numero documento) \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA**

il proprio figlio/a COGNOME NOME \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

ad ARRIVARE e RIENTRARE da solo/a a casa al termine del Centro Estivo

DATA E LUOGO

Firma

ASD BikeVolleySummer

Sede Legale Via Manfredo Fanti , 15 50019 Sesto Fiorentino

Tel +393358397133 C.F 94226420480

www.bikevolleysummer.it

bikevolleysummer@gmail.com