DELEGA PER IL RITIRO DEL MINORE

Io sottoscritto/a

Nome Cognome

Genitore di

Nome Cognome

Nome Cognome

Nome Cognome

DICHIARO CHE LE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DEL/I MINORE/I SOPRACITATO/I DAL CENTRO SPORTIVO PARENZO SARANNO LE SEGUENTI:

Nome	Cognome	Numero Cartà Identità	Grado di parentela

Data Firma

_____ _____