

# CENTRI ESTIVI RITMIDANZA

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO: \_\_\_\_\_

CELL: \_\_\_\_\_

ALLIEVO RITMIDANZA SI  NO

SA NUOTARE SI  NO

SCONTO \_\_\_\_\_

ORARIO  mattina  mattina+pranzo  tutto il giorno

COSTO a settimana € 60 € 90 € 120

SETTIMANA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (seconda settimana sconto 10%)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (terza settimana sconto 15%)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (quarta settimana sconto 25 %)

SEGNALO (allergie, intolleranze, ecc...) \_\_\_\_\_

ALLEGO acconto di € 20

e mi impegno a saldare le quote delle settimane indicate in caso di assenza anche per malattia

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente scheda va consegnata a mano c/o segreteria RITMIDANZA

(via cardinal Massaia 20 oppure via del Gaggian 20 Mestre)

previo appuntamento telefonico al 3397181273 (Loredana)