MODULO DI PRENOTAZIONE

(indicare nome, cognome ed età per ogni partecipante)

Genitori/tutori:_____

Bambino/ragazzo a sviluppo atipico: _____

Partecipanti:

_____
_____
_____
_____
_____

Eventuali accompagnatori adulti:

_____

_____

_____

Preferenza orario:

Mattino ☐ Pomeriggio ☐

Preferenza data: _____

Contatti telefonici ed e-mail:_____

Eventuali segnalazioni/richieste particolari/celiachie o allergie :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Strada dei Seralli, 11 47896 Faetano - RSM- COE SM 24348
Iscritta al n. 450 del Registro delle Associazioni della Rep. di San Marino
E-mail: associazionebatticinque@gmail.com