

AGENZIA DI VIAGGI

SCUOLA

Nome e Cognome del genitore

Nome e Cognome dell'alunno/a

VIAGGIO IN

Dal

al

INDICARE EVENTUALI INTOLLERANZE ALIMENTARI E PATOLOGIE LEGATE A PROBLEMI FISICI PER CUI DEVONO ESSERE RICHIESTI SERVIZI IDONEI

Acconsento al trattamento dei dati

DATA

FIRMA:

Inviare modulo via fax firmato all'ufficio prenotazioni: