

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE E DICHIARAZIONE DI ESONERO RESPONSABILITÀ QUIDDITCH

Associazione **Caput Draconis**

Via Ignazio Danti n. 10

50127 Firenze (FI)

C.F. 94243470484

(Spuntare solo l'opzione corretta)

☐ Dichiaro di essere maggiorenne e di non richiedere assistenza o un accompagnatore per la partecipazione agli eventi.

DICHIARO INOLTRE

di godere di buona salute, di voler partecipare al gioco del Quidditch e di esonerare l'Associazione Caput Draconis ed il Suo Direttivo da qualsiasi responsabilità derivante dalla partecipazione al suddetto gioco che avrà svolgimento nel Raduno Harry Potter Caput Draconis presso Villa Alberti, Signa (FI), nei giorni dal 26 Agosto al 31 Agosto 2023.

Sigla _____.

☐ Dichiaro di compilare il presente modulo per conto di un minore:

il/la sottoscritto/a _____,

Nato/a a _____, il _____,

Residente a _____, prov _____,

in via/piazza _____, civico _____,

Codice Fiscale _____, recapito telefonico _____.

in qualità di genitore/tutore con Patria Potestà del minore:

DICHIARO INOLTRE

che suddetto minore gode di buona salute, che vuole partecipare al gioco del Quidditch e di esonerare l'Associazione Caput Draconis ed il Suo Direttivo da qualsiasi responsabilità derivante dalla partecipazione al suddetto gioco che avrà svolgimento nel Raduno Harry Potter Caput Draconis presso Villa Alberti, Signa (FI), nei giorni dal 26 Agosto al 31 Agosto 2023..

Sigla _____.

N.B. È indispensabile trasmettere fotocopia del documento di identità per:

-Partecipanti maggiorenni;

-Tutori e/o Genitori di partecipanti minorenni.

In fede,

Luogo e data

Firma
