

Revelio APS

via Strasburgo, 9
50063 - Figline e Incisa Valdarno (FI)
C.F. 94332800484

**AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE E
DICHIARAZIONE DI ESONERO RESPONSABILITÀ QUIDDITCH**

Le sottoscritte _____

nate a _____ (___) il giorno ___/___/___

residente a _____ (___)

via/piazza _____ numero _____

documento di identità n: _____

DICHIARA

- 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 REVELIO APS e il suo Consiglio Direttivo di qualsiasi responsabilità derivante dalla partecipazione al suddetto gioco, che si svolgerà durante l'evento GRV presso Villa Alberti, Signa (FI), nei giorni dal 27 Agosto al 1 Settembre 2024.

- di compilare il presente modulo per conto della minore _____

nata a _____ (___) il giorno ___/___/___

DICHIARO INOLTRE

che suddetta minore gode di buona salute, che vuole partecipare al gioco del Quidditch e di esonerare l'associazione REVELIO APS e il suo Consiglio Direttivo di qualsiasi responsabilità derivante dalla partecipazione al suddetto gioco, che si svolgerà durante l'evento GRV presso Villa Alberti, Signa (FI), nei giorni dal 27 Agosto al 1 Settembre 2024.

Allego a questo modulo la fotocopia del documento di identità per:

- partecipanti maggiorenni;
- tutori e/o genitori di partecipanti minorenni.

Luogo e data

Firma
