



RICHIESTA DI ISCRIZIONE

In qualità di :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GENITORE DI STUDENTE | <input type="checkbox"/> GENITORE DI EX STUDENTE |
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> EX DOCENTE |
| <input type="checkbox"/> EX ALLIEVO/A | <input type="checkbox"/> RELIGIOSA |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare nome e cognome del socio di cui si è parente o amico/a) | |
-

Con la presente chiedo di aderire all'Associazione A.M.A.

NOME..... COGNOME.....

INDIRIZZO..... C.A.P.....

CITTA..... PROV.....

TELEFONO FISSO..... CELLULARE.....

FAX..... MAIL.....

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....

METODO DI PAGAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA PARI A **EURO 25,00**

- Contanti o assegno bancario (solo se consegnati brevi manu al Tesoriere)

DATA..... FIRMA DEL RICHDENTE.....