



ATTIVITA' SUL CAMPO (Ore richieste)	DATA	ORE	Firma Coordinatore SNF
Pallanuoto in corsia (2)			
Nuoto sincronizzato in corsia (2)			
Nuoto per salvamento in corsia (2)			
Cenni di attività per gestanti (2)			
Cenni di attività neonatale (2)			
Cenni di attività prescolare (2)			
Cenni di attività di persone con disabilità (2)			
Cenni di attività per adulti terza/quarta età (2)			
Cenni di fitness in acqua (2)			

Si dichiara che il presente tirocinante ha partecipato per un numero \_\_\_\_\_ di ore.

<b>TIMBRO SNF</b>	Data _____	Il Responsabile SNF
		_____ COGNOME E NOME IN STAMPATELLO  Firma _____