

DOMANDA DI ISCRIZIONE A "PICCOLI PASSI"

**GIORNI SPECIALI c/o sede SPAZIO ARTE**

Dati de \_\_\_BAMBIN\_\_\_ per \_1\_ quale si chiede l'ammissione:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

2° figlio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

3° figlio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

I\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PADRE  MADRE  TUTORE

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_/\_\_\_\_ tel. Cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_ altri \_\_\_\_\_

CHIEDE

Che \_1\_ figl\_ \_\_\_\_\_ M F

Sia ammess\_ a frequentare dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dalle 8.30 – 12.00  
€ 13,00

dalle 8.30 – 14.30  
€ 18,00

dalle 8.30 – 16.30  
€ 25,00

N.B. Poiché il servizio si attiva in funzione del numero degli iscritti (min. 6) il pagamento deve essere effettuato, c/o l'ufficio di via Costa 24, almeno 2 giorni prima dell'attivazione del servizio e non è possibile recuperare eventuali assenze.

**GIORNI SPECIALI OCCASIONALI (per es. riunioni scolastiche) dalle 17.00 alle 19.00**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

La Piccoli Passi Cooperativa soc. a r.l. all'accompagnamento del bambino/a per le uscite sul territorio.

Data.....

Firma.....