



## Scuola Materna Don Giordano

### Centro estivo 2024

I sottoscritti genitori: Padre ..... c.f.....

Madre..... C.f.....

Recapiti telefonici... Padre..... Madre.....

Altri numeri reperibili.....

e-mail .....

CHIEDONO l'iscrizione al Centro Estivo organizzato dalla Scuola Materna Don Giordano per il/la

Figlio/a ..... C.F.....

Residente a ..... Via .....

Per le seguenti settimane:

1-5/7	8-12/7	15-19/7	22-26/7
-------	--------	---------	---------

Crocettare le settimane interessate

con il seguente orario:

7,30 – 15,30	7,30- 17,30
--------------	-------------

crocettare l'orario interessato

al seguente costo settimanale: 7,30-15,30 € 80,00

7,30 -17,30 € 95,00

dalle scelte fatte l'importo totale dovuto è di € .....

■ Il pagamento avverrà direttamente con bonifico bancario intestato alla SCUOLA MATERNA DON GIORDANO IBAN : IT 67 F 02008 30685 00000 3214389 al venerdì precedente delle settimane interessate.

Allergie e/o intolleranze del/la bambino/a

.....

**Delegati al ritiro all'uscita :**

..... estremi documento.....

..... estremi documento.....

**Dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli della responsabilità cui si va incontro in caso di dichiarazione mendace, che tutto quanto dichiarato corrisponde al vero.**

**Il Padre ..... La madre.....**

**Per accettazione dell'iscrizione  
La SCUOLA MATERNA DON GIORDANO**