

# Scheda di Iscrizione

## VACANZE DI PASQUA a SCUOLA 2024

Cognome e nome genitore

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

Dati e Codice Fiscale per fatturazione

\_\_\_\_\_

Cognome e nome figlio/a

\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita figlio/a

\_\_\_\_\_

Frequentante:

La scuola dell'infanzia di via

\_\_\_\_\_

La scuola primaria

\_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_

Cell. Mamma \_\_\_\_\_

Cell. Papà \_\_\_\_\_

### Giorni di frequenza prescelti

28/03 tempo pieno  tempo parziale

29/03 tempo pieno  tempo parziale

02/04 tempo pieno  tempo parziale

Per motivazioni etico-religiose, mio/a figlio/a non può mangiare:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di allergie e/o intolleranze alimentari e/o in caso di utilizzo di farmaci salvavita:

allego alla presente scheda di iscrizione il relativo certificato medico

Segnalazioni in merito ad altre allergie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Contestualmente all'iscrizione di mio/a figlio/a

\_\_\_\_\_

a Vacanze di Pasqua a Scuola 24, effettuo il pagamento del servizio proposto, consapevole che, in caso di mancato utilizzo anche parziale del servizio, il relativo importo non sarà rimborsabile.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_