



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI POST NIDO ZEBRI

Per l'iscrizione ai servizi integrativi necessitano questi dati:

Il / la sottoscritto/a _____ chiede l'iscrizione al servizio integrativo

di Post Scuola del proprio Figlio/a _____

nato/a il _____ a _____ Residente a _____

in via _____ tel. _____

indirizzo e-mail _____ C.F. _____

Frequentante l'Asilo Nido _____ sezione _____

per i seguenti periodi:

dal 14/09/2020 al 31/01/2021

dal 1/02/2021 al 25/06/2021

Tipo di servizio richiesto:

TUTTI I GIORNI € 235,00

3 GIORNI FISSI € 177,00 LUN MAR MER GIO VEN

2 GIORNI FISSI € 141,00 LUN MAR MER GIO VEN

INFORMAZIONI:

Recapito di un familiare in caso di necessità durante il servizio di Post Scuola _____

Eventuali altre note e/o richieste particolari _____

Data _____

Firma _____