

Centro estivo "VICINI di.....STANZA"
per bambini che hanno frequentato il nido

Il/la sottoscritto/a (da riportare nel bollettino di pagamento) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Residente a _____

In Via/Piazza _____ Recapiti telefonici _____

e-mail _____ Codice _____

Fiscale

Chiede che

Il/la proprio/a figlio/a (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Fiscale

possa partecipare al laboratorio:

DAL 6 LUGLIO AL 17 LUGLIO (2 SETTIMANE), dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00

DAL 20 AL 31 LUGLIO (2 SETTIMANE), dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00

Informazioni:

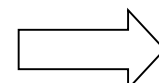
NOME del NIDO FREQUENTATO _____

- Presenza di condizione di disabilità del bambino
- Presenza di una documentata condizione di fragilità del nucleo familiare di provenienza del bambino
- Genitori entrambi lavoratori
- Famiglia monoparentale

Data _____ Firma del genitore _____

Per completare l'iscrizione, il genitore dovrà consegnare all'operatore, il primo giorno di frequenza del laboratorio, il **Patto di corresponsabilità** firmato.

COD. CLIENTE _____ IMPORTO DA FATTURARE _____ NOTE _____



INFORMAZIONI:

Il presente modulo deve essere riconsegnato per fax al 0763 393685 o per mail emanuela.castorri@coopquadrifoglio.net / Dopo essere stati contattati telefonicamente per la conferma dell'attivazione del laboratorio potrete procedere al pagamento tramite bonifico a:

**IL QUADRIFOGLIO SOCIETA COOPERATIVA SOCIALE
INTESA SANPAOLO
IBAN: IT30 1030 6909 6061 0000 0079 335**

Nella causale del versamento è necessario specificare il **nome del/i bambino/i** e il **NIDO FREQUENTATO**.

Per informazioni e iscrizioni:

Il Quadrifoglio tel. 0763 301332

347 6463272 377 6778065