

SPAZIO GIOCO 2024-2025

Inviare a servizisociali@comune.curno.bg.it

DATI DEL GENITORE CHE VERSERÁ LA QUOTA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a (genitore) _____

Nato/a a _____ in data ____ / ____ / ____

Residente a _____ in Via/P.zza _____ n. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

che il/la bambino/a _____

Codice Fiscale bambino

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a a _____ in data ____ / ____ / ____ (età _____) e residente a _____

_____ sia ammesso a frequentare lo Spazio Gioco 2024/2025.

- ☐ Lunedì: 16.30 – 18.30 **per bambini da 0 a 18 mesi**
- ☐ Martedì: 9.30 – 11.30 **per bambini da 18 a 36 mesi**
- ☐ Mercoledì: 9.30 – 11.30 **per bambini da 0 a 18 mesi**
- ☐ Giovedì: 9.30 – 11.30 **per bambini da 18 a 36 mesi**

COMUNICA

- che il/la bambino/a non può assumere i seguenti alimenti _____

- che il bambino sarà accompagnato al servizio da _____,
residente a _____.

☐ dichiara di essere a conoscenza che Le quote sono indipendenti dall'effettiva frequenza del bambino al Servizio, e che il pagamento sarà richiesto mediante avviso di pagamento PagoPA, che verrà inviato all'indirizzo mail sopra indicato.

Curno, lì _____

Firma _____