ISCRIZIONE SPAZIO GIOCO 2025-2026

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 2025/2026.

☐ 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**

PERIODO DI ISCRIZIONE: ❑ OTTOBRE-DICEMBRE ❑ GENNAIO-MAGGIO

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 _____