



PREISCRIZIONE EXTRASCUOLA "GALILEI" 2015-2016*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

TEL _____ MAIL _____

GENITORE/TUTORE DI

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____ CLASSE NEL 2015-2016 _____

CHIEDE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI EXTRASCUOLA NEI SEGUENTI GIORNI/ORARI*:

	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	VENERDÌ
13,00-16,30			
16,30-18,30			

	MARTEDÌ	GIOVEDÌ
13,00-16,30		
16,30-18,30		

* Si prega di barrare con una crocetta la fascia oraria a cui ci si vuole iscrivere.

Il presente modulo di PREISCRIZIONE serve alla Cooperativa per stimare il numero di bambini presenti nei vari giorni/orari allo scopo di organizzare il Servizio e alle famiglie per fermare il posto per il servizio 2015-2016.

Verrà successivamente comunicato il prezzario in occasione della ISCRIZIONE.

ESIGENZE PARTICOLARI _____

DATA _____

FIRMA _____