

SCHEDA ISCRIZIONE CENTRI ESTIVI 2023 *SCUOLA INFANZIA*

DAL 03 LUGLIO AL 28 LUGLIO 2023

LE ISCRIZIONI DEVONO PERVENIRE IN SEGRETERIA DELLA SCUOLA ENTRO IL 26 MAGGIO 2023

OFFERTA SERVIZIO

Part-time (8.00-12.30) con pranzo – uscita ore 12.30 – 12.45

Full-time (8.00-16.00) uscita ore 15.30 – 16.00

ANTICIPO E POSTICIPO: saranno effettuati con un Gruppo minimo di 8 bambini.

Costo settimanale anticipo € 8,00

Costo settimanale posticipo 12,00

Costo mensile anticipo € 25,00

Costo mensile posticipo € 45,00

ANTICIPO 7,30 – 8,00 SI !__! NO !__!

POSTICIPO 16,00 – 17,00 SI !__! NO !__!

Per i bambini non iscritti alla scuola quota di iscrizione per assicurazione € 10,00

COSTI

Part-time € 65 per 1 settimana

Full-time € 80 per 1 settimana

Part-time € 130 per 2 settimane

Full-time € 160 per 2 settimane

Part-time € 190 per 3 settimane

Full-time € 235 per 3 settimane

Part-time € 245 per 4 settimane

Full-time € 300 per 4 settimane

E' previsto uno sconto del 15% per due fratelli/sorelle che frequentano la scuola.

E-mail info@scuolamaternamatteazzi.it

cda.ipab.matteazzi@gmail.com

www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

In qualità di Genitori:

Madre/Tutore

Nome e Cognome.....
nata ila.....cittadinanza
residente a in vian.....
Codice fiscale
e-mail.....
Telefono.....

Padre/Tutore

Nome e Cognome.....
nata ila.....cittadinanza
residente a in vian.....
Codice fiscale
e-mail.....
Telefono.....

Chiediamo di iscrivere nostro/a figlio/a
nato/a il..... a cittadinanza
Residente a Via.....n.....
Codice fiscale.....

PERIODO D'ISCRIZIONE INTERESSATO

Periodo d'iscrizione	Un figlio	Due figli	Giornata corta Part-Time	Giornata lunga Full-Time
dal 03/07 al 07/07				
dal 10/07 al 14/07				
dal 17/07 al 21/07				
dal 24/07 al 28/07				

E-mail info@scuolamaternamatteazzi.it cda.ipab.matteazzi@gmail.com
www.scuolamaternamatteazzi.it
C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

SI PREGA DI SPECIFICARE:

ALLERGIE ED INTOLLERANZE

(In caso di allergie o intolleranze alimentari allegare certificato medico)

.....
.....
.....
.....

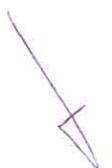
UTILIZZO DI FARMACI SALVAVITA

(Allegare certificato medico, richiedere in segreteria moduli da consegnare al medico curante da compilare e riportare a scuola)

.....
.....
.....
.....

ALTRO DA SEGNALARE:

.....
.....
.....
.....



DELEGHE PER IL RITIRO

Le Docenti sono autorizzate a consegnare il/i minori solo alle persone riportate qui sotto. I delegati possono essere un massimo di due persone al pomeriggio.

DELEGA DI RITIRO si delega il Signor/Signora

tipo di documento Carta D'identità Patente N°.....

rilasciata da.....il.....

DELEGA DI RITIRO si delega il Signor/Signora

tipo di documento Carta D'identità Patente N°.....

rilasciata da.....il.....

Data.....

Firma

Padre

Madre

Tutore

E-mail info@scuolamaternamatteazzi.it cda.ipab.matteazzi@gmail.com

www.scuolamaternamatteazzi.it

C.F. 80007230248 – P. Iva 01977090248

