



CONTRATTO DI ISCRIZIONE EXTRASCOLASTICO IL SALICE **ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

BAMBINO/A

NOME, COGNOME:

DATA DI NASCITA:

NAZIONALITA':

INDIRIZZO:

TEL. PRIVATO:

SCUOLA FREQUENTATA:

MAESTRA DI RIFERIMENTO E CLASSE:

PEDIATRA:

NOME, COGNOME:

INDIRIZZO:

TELEFONO STUDIO:

VACCINAZIONI:

ALLERGIE/INTOLLERANZE:

MADRE:

PROFESSIONE:

DATORE DI LAVORO:

CELLULARE:

TEL. UFFICIO:

E-MAIL:

PADRE:

PROFESSIONE:

DATORE DI LAVORO:

CELLULARE:

TEL. UFFICIO:

E-MAIL:

SE BENEFICIARI DEL SUSSIDIO CASSA MALATI 2024 (ALLEGARE COPIA DECISIONE)

SE BENEFICIARI DI ASSEGNI DI PRIMA INFANZIA (ALLEGARE COPIA DECISIONE)

- Lunedì dalle 07.00 alle 09.00
- Lunedì dalle 11.30 alle 13.30
- Lunedì dalle 15.45 alle 19.00

- Martedì dalle 07.00 alle 09.00
- Martedì dalle 11.30 alle 13.30
- Martedì dalle 15.45 alle 19.00

- Mercoledì dalle 07.00 alle 09.00
- Mercoledì dalle 11.30 alle 13.30
- Mercoledì dalle 11.30 alle 19.00

- Giovedì dalle 07.00 alle 09.00
- Giovedì dalle 11.30 alle 13.30
- Giovedì dalle 15.45 alle 19.00

- Venerdì dalle 07.00 alle 09.00
- Venerdì dalle 11.30 alle 13.30
- Venerdì dalle 15.45 alle 19.00

INIZIO DEL CONTRATTO:

OSSERVAZIONI:

Data: firma della responsabile:

Data: firma dei genitori: