

I SOTTOSCRITTI _____

(cognome e nome del padre e della madre)

RESIDENTI A _____

VIA O PIAZZA _____ **N°** _____

TEL. ABITAZ. _____ **CELL.** _____

ALTRI NUMERI _____

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL POST SCUOLA

DEL PROPRIO/A FIGLIO/A _____

NATO/A a _____ **PROV.** _____ **IL** _____

SEZIONE _____ **dalle ore** _____

PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/25

Costo € 30,00 al mese

DESIO, _____ **FIRMA** _____