

AL COMUNE DI VIGHIZZOLO D'ESTE

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente in Via/Piazza _____ n° _____

Comune _____ Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Genitore dell'alunno/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente in Via/Piazza _____ n° _____

Comune _____

ha fratelli o sorelle frequentanti questa Scuola Materna di Vighizzolo d'Este (barrare se è il caso).

Con la presente CHIEDE di poter usufruire dei servizi di mensa e scuolabus (anno scolastico 20__/20__), con le modalità di frequenza indicati nella sottostante scheda informativa.

DA RESTITUIRE COMPILATA, presso gli uffici del Comune di VIGHIZZOLO D'ESTE

N.B. (Barrare le voci che interessano)

SERVIZI	FREQUENZA	
MENSA	<input type="checkbox"/> Tutto l'anno <input type="checkbox"/> Settembre <input type="checkbox"/> Ottobre <input type="checkbox"/> Novembre <input type="checkbox"/> Dicembre <input type="checkbox"/> Gennaio <input type="checkbox"/> Febbraio <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Aprile <input type="checkbox"/> Maggio <input type="checkbox"/> Giugno	
SCUOLABUS	<input type="checkbox"/> Tutto l'anno <input type="checkbox"/> Settembre <input type="checkbox"/> Ottobre <input type="checkbox"/> Novembre <input type="checkbox"/> Dicembre <input type="checkbox"/> Gennaio <input type="checkbox"/> Febbraio <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Aprile <input type="checkbox"/> Maggio <input type="checkbox"/> Giugno	<input type="checkbox"/> Trasporto andata e ritorno <input type="checkbox"/> Trasporto di sola andata <input type="checkbox"/> Trasporto di solo ritorno

Data _____

Firma _____