

**AL COMUNE DI VIGHIZZOLO D'ESTE:**

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ **Cellulare** \_\_\_\_\_

**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.

N.B. (Barrare le voci che interessano) :

SERVIZI	FREQUENZA:	
<b>MENSA</b>	<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	
<b>SCUOLABUS</b>	<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 <b>NOTE</b> (eventuale indirizzo di fermata diverso dalla residenza, specificare se per andata e/o ritorno): _____ _____ _____ _____ _____

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_