



## ISCRIZIONE

### CENTRO DI AGGREGAZIONE “FREE TO FLY”

Il/la sottoscritta/o .....

In qualità di genitore/tutore

del/la minore .....classe.....

nata a .....il.....

residente a .....in via.....n.....

telefono del genitore.....

### CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO/A

Periodo di riferimento:

- TUTTO IL MESE:
- SETTIMANALE (specificare le settimane di frequenza):
- Dal lunedì 5 al venerdì 9
- Dal lunedì 12 al venerdì 16;
- Dal lunedì 19 al venerdì 23;
- Dal lunedì 26 al venerdì 30.

INVIARE L'ISCRIZIONE ALLA MAIL INDICATA, SPECIFICANDO SE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE MENSILE O SETTIMANALE (INDICANDO LE SETTIMANE DI RIFERIMENTO).

**331-3251547**

**centrogiovanialfonsine@gmail.com**

### SI COMUNICA ALLE FAMIGLIE

- CHE VERRANNO ADOTTATE TUTTE LE PRESCRIZIONI IGENICO SANITARIE PREVISTE DALLA NORMATIVA VIGENTE.
- L'INGRESSO DEI RAGAZZI PRESSO IL CENTRO AVVERÁ DOPO LA PROCEDURA TRIAGE ALL'INGRESSO.

**DATA/LUOGO**

**FIRMA**