CENTRO SPORTIVO ITALIANO APS
Comitato di Vicenza

DOMANDA PER I SERVIZI SCOLASTICI DI POSTICIPO 2023/24
PER LA SCUOLA DELL'INFANZIA B. MALFERMONI
INIZIO: LUNEDI' 2 OTTOBRE 2023

DATI GENITORE

Il sottoscritto/a _____ _____
COGNOME NOME

Tel _____ _____

Mail: _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATI ALUNNO

Cognome: _____ **Nome** _____

Data di Nascita: | | | | **Comune/stato estero nascita**_____**Prov.**____

Indirizzo di residenza _____ **n.** _____

Comune _____ **Prov.** _____ **Cap.** _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | **OBBLIGATORIO**

Iscritto alla classe | | **della scuola dell'infanzia B. Malfermoni** per l'anno scolastico 2023/24

DATI IMPORTANTI

Problemi di salute e/o patologie presenti; allergie, situazioni alimentari da segnalare (allegare copia del certificato medico)_____

CHIEDE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI POSTICIPO

5 volte a settimana

(1 ora) dalle ore 16.00 alle ore 17.00 quota annua **€ 285,00**

sconto fratelli: 2° figlio €260, 3° figlio €230

☐ **unica soluzione al momento dell'iscrizione**
☐ **acconto di € 185,00 al momento dell'iscrizione + saldo di € 100,00 entro il 6 dicembre 2023**

IL SERVIZIO VERRÀ ATTIVATO IN PRESENZA DI ALMENO 17 RICHIESTE

Addì, _____ **Firma** _____

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Il modulo dovrà essere compilato e firmato in tutte le sue parti, accompagnato da ricevuta di pagamento ed inviato **esclusivamente a mezzo mail** a **serviziscolastici@csivicenza.it** **entro lunedì 25/09/2023**
Il versamento della quota dovrà essere effettuato tramite bonifico su cc postale: **IBAN IT44J0760111800000096160924**, intestato a ***Comitato Territoriale C.S.I. di Vicenza – APS***
Nella causale dovrà essere indicato cognome e nome del bambino e scuola

COMITATO TERRITORIALE C.S.I. DI VICENZA - APS
Piazza Duomo, 2 – 36100 Vicenza
Tel.347 8371080
serviziscolastici@csivicenza.it www.csivicenza.it