



MODULO ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ C.F. _____ residente

n _____ Via _____ CAP _____

tel _____ Cellulare _____ email: _____

CHIEDE

che il proprio figlio _____ nato a _____

il _____ C.F. _____ venga iscritto al Centro Estivo di Palazzo Fascie nei

seguenti periodi:

- SETTIMANA 12/16 GIUGNO 2017
- SETTIMANA 19/23 GIUGNO 2017
- SETTIMANA 26/30 GIUGNO 2017
- SETTIMANA 28AGOSTO/1 SETTEMBRE 2017
- SETTIMANA 4/8 SETTEMBRE 2017

FIRMA DEL GENITORE
