

N. Prog. _____

Al sig.
SINDACO del
Comune di Ostra

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ Via _____ n. ____
C.F. _____, in qualità di genitore o (specificare) _____
Recapito telefonico _____

CHIEDE

l'ammissione al **Servizio "Centro di Aggregazione Giovanile"** de__ bambin_
_____, nat_ a _____, il
_____ e residente in _____ Via _____ n. ____

CLASSE FREQUENTATA NELL'ULTIMO ANNO SCOLASTICO: _____.

PERIODI (barrare il /i periodo/i richiesti):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mese di marzo 2011 | <input type="checkbox"/> mese di aprile 2011 |
| <input type="checkbox"/> mese di maggio 2011 | <input type="checkbox"/> mese di giugno 2011 |

ATTIVITA' (barrare il /i attività scelte):

- Aiuto allo studio:** dalle ore 14.30 alle ore 17.30 dei giorni di lunedì e venerdì
(eventualmente: riferito al/ai periodo/i _____
_____)
- LUNEDI' VENERDI'
- Laboratori:** dalle ore 15.00 alle ore 17.00 dei giorni di mercoledì e giovedì
(eventualmente: riferito al/ai periodo /i _____
_____)
- MERCOLEDI' GIOVEDI'

Si allega (OBBLIGATORIAMENTE):

- ricevuta del versamento anticipato della/e quota/e prevista/e (Euro _____).

Si ringrazia, e si porgono distinti saluti.

In fede

(Firma di chi esercita la potestà genitoriale o i diritti/doveri)

NOTE

