



Scuola Dell'Infanzia

"Sacro Cuore"

I SOTTOSCRITTI _____

(cognome e nome del padre e della madre)

RESIDENTI A _____

VIA O PIAZZA _____ N° _____

TEL. ABITAZ. _____ CELL. _____

ALTRI NUMERI _____

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL POSTSCUOLA

DEL PROPRIO/A FIGLIO/A _____

NATO/A a _____ PROV. _____ IL _____

SEZIONE _____ dalle ore _____

PER L'ANNO SCOLASTICO 2022/23

Costo € 30,00 al mese

DESIO, _____ FIRMA _____