

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

I sottoscritti,

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente (città/provincia/via/n°/CAP) _____

_____ C.F.: _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente (città/provincia/via/n°) _____

_____ C.F.: _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

In qualità di genitori esercenti la potestà sull'allievo minorenni sotto indicato,

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente (città/provincia/via/n°) _____

_____ C.F.: _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

CHIEDONO

l'iscrizione presso il Vs. Centro Internazionale per l'Infanzia Soc. Coop. per il seguente corso:

CORSO

MATERNA FULL TIME

MATERNA PART TIME

Pescara, li _____

Firma madre _____

Firma padre _____