**MODULO DI ISCRIZIONE PER “Psicomotricità ”**

**ANNO SCOLASTICO 2016 / 2017**

Spazio pomeridiano di **psicomotricità** organizzato della Cooperativa sociale Alinsieme, che si svolgerà presso la Casa Materna di Longara (VI)

* **Corso Medi e grandi** scuola materna

Il lunedì dalle 16.00 alle 17.00

Il lunedì dalle 17.00 alle 18.00

 mercoledìdalle 17.00 alle 18.00

* **Corso Baby** – piccoli scuola materna e grandi del nido

 il mercoledì dalle 16.00 alle 17.00

* **Corso Primaria –** dai 6 ai 7 anni

 Il venerdì dalle 16.00 alle 17.00

(barrare l'orario prescelto)

il/la sottoscritto/a Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_)

Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **chiede** di poter iscrivere il/la proprio/a figlio/a e dichiara di accettare quanto richiesto dal Regolamento e di fornire i dati e la documentazione necessaria per lo svolgimento delle attività.

**DATI ANAGRAFICI DELBAMBINO/A**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_)

Iscritto per l'anno 2014/15 alla sez\_\_\_\_\_\_\_

Altri numeri telefonici ai quali rivolgersi in caso di emergenza (specificare parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre sono consapevole e accetto le seguenti clausole :

1. Il pagamento della quota di iscrizione e dell’intero ciclo scelto devono essere effettuati anticipatamente
2. Iniziata la frequenza, il **pagamento è dovuto per l’intero ciclo** anche in caso di assenza o ritiro.

 Corso ottobre/dicembre  Corso gennaio/marzo Corso aprile/maggio

La modalità di pagamento scelta è :  bonifico  alla segreteria

Orario segreteria lunedi/martedi 9,00-13,00 Giovedì 13,30 -17,30 Tel: 345-5139791

mail: [segreteria@alinsiemecoop.org](mailto:segreteria@alinsiemecoop.org)

Data Firma del genitore/ tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_