

MODULO DI ISCRIZIONE "Psicomotricità "

Spazio pomeridiano di **psicomotricità** organizzato della Cooperativa sociale Alinsieme, presso il poliambulatorio Alinsieme

il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
CF _____ residente in Via _____
n° _____ C.A.P. _____ Località _____ Prov. (____)
cell. Genitore(1) _____ cell. Genitore (2) _____
e-mail _____

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. (____)
Altri numeri telefonici ai quali rivolgersi in caso di emergenza (specificare parentela) _____,
_____, / _____

La modalità di pagamento può essere eseguita con bonifico oppure in contanti o POS presso la segreteria
BONIFICO PRESSO INTESA SANPAOLO: IT33P0306909606100000004707.
Causale bancaria: COGNOME E NOME bambino/a

Tel: 345-5139791
mail: segreteria@alinsiemecoop.org

Data

Firma dei genitori/ tutori

(1) _____

(2) _____