MODULO ISCRIZIONE "CIRCOMOTRICITÀ" SEZ. PRIMAVERA

Anno scolastico 2026/2027

I sottoscritti

_____

(Cognome e Nome)

in qualità di genitori o esercenti la potestà genitoriale del/la bambino/a:

_____

(Cognome e Nome)

nato/a il_____a _____ _____

_____

(Data di nascita) *(Città)* *(Prov.)* *(Nazione)*

residente in _____ _____ _____ _____

_____

(Città) *(Prov.)* *(CAP)* *(Via, Viale o Piazza)*
(N.)

CHIEDE CHE IL PROPRIO/A BAMBINO/A DI POSSA PARTECIPARE AL LABORATORIO DI"CIRCOMOTRICITÀ" TENUTO DA SARA PLAVAN

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- la **QUOTA** di iscrizione per la partecipazione è di **€ 45** da pagare **CON LA RETTA DI NOVEMBRE**
  Il pagamento verrà inserito nel FOGLIO RETTA DOPO AVER RICEVUTO LA CONFERMA DA PARTE DELLA SCUOLA CHE IL CORSO PARTE E LA PROPRIA DOMANDA è STATA ACCOLTA
- il corso parte con un **numero minimo di 5 bambini**
- il corso si svolgerà nelle mattinate **del 11,13,18,20 novembre**

Legnano, _____

Firma dei genitori

_____