



## Domanda Pre-Iscrizione A.S. \_\_\_\_\_

I sottoscritti	PADRE	MADRE
Cognome Nome		
Luogo e data di nascita		
Residente a		
Indirizzo		
Telefono Casa		
Cellulare		
Telefono Lavoro		
Email		

- **CHIEDE/CHIEDONO** l'iscrizione al Centro Prima Infanzia di Garlate per l'A.S. \_\_\_\_\_ per il proprio figlio:

<b>Cognome /Nome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	

- Chiedono la frequenza per:

<b>CROCETTARE</b>	<b>Frequenza richiesta</b>	<b>RESIDENTI</b>	<b>NON RESIDENTI</b>
	5 - Giorni	200 €	250 €
	3- Lunedì, Mercoledì e Venerdì	160 €	190 €
	2- Martedì e Giovedì	110 €	125 €

I nonni sono residenti a Garlate?    SI    NO

I sottoscritti restano in attesa della conferma d'iscrizione da parte dell'Ente Gestore Cooperativa Sociale ONLUS "Prima i Bambini" e si impegnano a comunicare immediatamente l'eventuale ritiro dalla lista d'attesa.

**Le domande dovranno essere protocollate all'Ufficio Protocollo del Comune di Garlate**

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \_\_\_\_\_