



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO 2025

Il/la sottoscritto/a (nome genitore)

Residente a in Via

Tel. cod. Fiscale

e-mail

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a

nato a il

di anni compiuti

venga ammesso/a a partecipare al **CENTRO ESTIVO 2025** nei seguenti mesi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DAL 11 AL 30 GIUGNO* | <input type="checkbox"/> LUGLIO |
| <input type="checkbox"/> AGOSTO | <input type="checkbox"/> DAL 1 AL 12 SETTEMBRE* |

Tipo di servizio di interesse

- servizio dalle 08 alle 13 al costo mensile di € 180,00 (senza pranzo)
- servizio dalle 8 alle 16.30 al costo mensile di € 300,00 (compreso pranzo)

La tariffa sarà ridotta del 50% per l'iscrizione dal 2° figlio in poi.

*** Si fa presente che per i periodi di Giugno e Settembre il servizio sarà attivato, solo in base alla disponibilità, al costo di € 90,00 (senza pranzo) per ciascun periodo.**

Data

Firma

IBAN per Bonifico IT 45 R 01030 72302 000000 973016

INTESTATO A TESORERIA COMUNALE DI MONTE ARGENTARIO (CAUSALE CENTRO ESTIVO)

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- DOC. IDENTITA'
- COPIA BONIFICO PAGAMENTO
- CERTIFICAZIONE L. 104/92