

SCUOLA PER L'INFANZIA SACRO CUORE VIA SANTA CATERINA N° 2
42014 CASTELLARANO R.E. TEL/FAX 0536-850271

Email scmatscuore @libero.it

Al presidente della scuola paritaria per l'infanzia "Sacro Cuore"

Per il bambino.....

Io sottoscritto.....in qualità di genitore

CHIEDO

Di poter iscrivere mio figlio/a alla scuola per l'infanzia "Sacro Cuore" di Castellarano per l'anno scolastico 2023/24 con frequenza:

--mezza giornata: dalle 7,30 alle 13,00

--intera giornata: dalle 7,30 alle 16,30

--tempo prolungato: dalle 7,30 alle 18,00

DATI ANAGRAFICI

Nome e cognome del bambino/a.....

Nato ail.....codice fiscale.....

Residente a.....in via.....n°.....

Numero telefono di casa..... Cellulare papà

cellulare mamma.....

Nome e cognome del padre..... Nato a.....

il..... professione.....

Nome e cognome della madre..... Nata a.....

il.....professione.....

Il bambino ha frequentato l'asilo nido? SI NO se si, quale?.....

Ha frequentato altre scuole per l'infanzia? SI NO se si, quale?.....

Eventuali altre notizie che si vogliono comunicare

.....

Indirizzo mail per eventuali comunicazioni

Data di presentazione domanda.....