

Il sottoscritto/a .....  
Nato/a a.....il.....  
abitante a .....  
in Via .....  
telefono n. ....  
Codice fiscale .....

**CHIEDE**

che il/la figlio/a .....  
nato a ..... il .....  
residente a..... in via .....  
Cittadinanza .....Codice fiscale .....

SIA AMMESSO/A

al Centro per Bambini e Famiglie che si terrà presso il Nido D'Infanzia comunale "Girotondo"  
per il periodo

**Per bambini 3 - 18 mesi**

dal 15 ottobre al 17 dicembre

**Per bambini 19 - 36 mesi**

dal 17 ottobre al 19 dicembre

**DICHIARA**

che il minore sopra indicato ha eseguito TUTTE le vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente (si allega la certificazione rilasciata dall'AUSL)

ed **E' A CONOSCENZA** che:

- La partecipazione al Centro prevede la presenza di un adulto di riferimento per tutta la durata prevista
- Il costo per ogni gruppo di 10 lezioni è pari ad € 85,00 iva inclusa e va versato alla Cooperativa Coopselios a presentazione di fattura, che sarà intestata al dichiarante del presente modulo, e sarà da pagare con bonifico bancario.
- In caso di assenze del bambino non è previsto il rimborso della quota
- Le iscrizioni saranno accolte in ordine di arrivo
- In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di nr. 9 iscritti a gruppo di incontri, potranno essere unificate le iscrizioni e sarà creato un unico gruppo di bambini 3-36 mesi.
- Il bambino iscritto deve essere in regola con l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie: in caso di mancato adempimento non sarà consentita la frequenza.

Firma del genitore