DIRE FAMIGLIA

Io sottoscritto/a ..... residente a ……

via ..... n° ….. recapito/i telefonico/i ……

C.F. …….. e-mail ……

genitore di …… nato il ……

attualmente iscritto al Nido .....

RICHIEDO l'iscrizione al "BABY CAMP INVERNO 2015" presso

- ❑ **l'Asilo Nido Soncini (via Soncini – Borgochiesanuova)**
- ❑ **l'Asilo Nido Chaplin (via Conciliazione – Mantova)**
- ❑ **l'Asilo Nido P. Pan (via Sarayevo – Mantova)**
- ❑ **l'Asilo Nido Kelder (vicolo San Paolo – Mantova)** **PER I SOLI ISCRITTI DEL KELDER**

MUDULI DI FUNZIONAMENTO E COSTI GIORNALIERI

Dalle 7.30 alle 13.30: **15 euro** (compreso il pranzo). Ingresso fino alle ore 10.00; uscita dalle ore 12.30 alle 13.30.

Dalle 7.30 alle 17.30: **18 euro** (compreso il pranzo). Ingresso fino alle ore 10.00; uscita dalle ore 15.30 alle 17.30.

GIORNATE DI FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO (è possibile iscriversi a più giornate)

Giorno	Ore 7.30-13.30	Ore 7.30-17.30
GIOVEDÌ 24 DICEMBRE (fino 13.30)	❑	
LUNEDÌ 28 DICEMBRE	❑	❑
MARTEDÌ 29 DICEMBRE	❑	❑
MERCOLEDÌ 30 DICEMBRE	❑	❑
GIOVEDÌ 31 DICEMBRE (fino 13.30)	❑	
LUNEDÌ 4 GENNAIO	❑	❑
MARTEDÌ 5 GENNAIO	❑	❑

Riepilogo:

N° … giornate con orario 7.30-13.30 per € 15,00 = €. …….

N° … giornate con orario 7.30-16.30 per € 18,00 = €. …….

Per un totale di €. ……. **(**Allego copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento)

Con la firma apposta in calce alla presente richiesta mi impegno inoltre a comunicare alle operatrici della Coop. Il Giardino dei Bimbi, prima dell'inizio del servizio, ogni informazione relativa a eventuali problemi di salute e/o patologie rilevanti ai fini del corretto accudimento (comprese allergie e intolleranze alimentari, la necessità di somministrazione di salvaci salvavita, ecc).

Mantova, ……

FIRMA DI UN GENITORE