

3-5 ANNI 6-14 ANNI

Cognome e nome del minore _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. reperibilità genitori MADRE _____ PADRE _____

Indirizzo @ _____

Si iscrive al **turno** - **costo a settimana €95 / Sconto 10% per i fratelli sull'intero ammontare della quota settimanale**

Il presente modulo va inviato a **cesena.forlicesena@uisp.it** oppure whatsapp 3459932929. Dopo aver verificato la disponibilità, verrà data conferma e sarà accettata l'iscrizione dopo aver ricevuto il bonifico comprensivo della tessera assicurativa pari €5.00 .

- 1° dal 10 al 14 Giugno
- 2° dal 17 al 21 Giugno
- 3° dal 24 al 28 Giugno
- 4° dal 01 al 05 Luglio
- 5° dal 08 al 12 Luglio
- 6° dal 15 al 19 Luglio
- 7° dal 22 al 26 Luglio
- 8° dal 29 Luglio al 2 Agosto

Note particolari e/o Allergie

Riservato a chi accede al progetto Conciliazione vita lavoro 2024

Genitore intestatario della richiesta _____

C.F. _____ nr settimane richieste _____

Firma madre

Firma padre
