

MODULO DI FREQUENZA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TEMPO PARZIALE 8.00-13.30 | <input type="checkbox"/> PRE-ASILO 7.00-8.00 |
| <input type="checkbox"/> TEMPO PROLUNGATO 8.00-16.30 | <input type="checkbox"/> POST-ASILO 16.30-18.00 |
| <input type="checkbox"/> POMERIDIANO DALLE _____ ALLE _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

ALTRE INFORMAZIONI UTILI O RICHIESTE (allergie, intolleranze ...)

- Non ha allergie ed intolleranze - Firma _____ Se SI
quali:

Note (intolleranze Allergie)

Associazione Legione dei Testimoni di Dio

Sede legale e operativa : Via Bovino, 43 00133 Roma (RM) - CF. 97043100581
Tel.: 06/2051805; cell. 339 1639087; e-mail: testimonididio@tim.it

Altre info:

Padria Podesta

I sottoscritti/o _____,
genitori dell'alunn_____ nat__ a
_____ (_____) il _____, iscritt__
per l'anno scolastico in corso presso l'asilo L'Angolo degli Angeli _____, dipendente dal
Direzione Didattica del municipio VI e dal dipartimento XI,

dichiarano

sotto la propria responsabilità di esercitare la patria potestà congiunta e totale nei confronti del_____ succitat__ minore e si impegnano a dare comunicazione alla Direzione Didattica della L'Angolo degli Angeli per qualsiasi variazione a quanto dichiarato.

Quanto sopra al fine di consentire alla Scuola l'esercizio della prevista vigilanza e custodia dei minori ad essa affidati e di consegnarli ai genitori nel libero dello scambio

firma del padre

firma della madre

Associazione Legione dei Testimoni di Dio

Sede legale e operativa :Via Bovino, 43 00133 Roma (RM) - CF. 97043100581
Tel.: 06/2051805; cell. 339 1639087; e-mail: testimonididio@tim.it

DATI DI EVENTUALI DELEGATI

AUTORIZZATI AD ACCOMPAGNARE/RITIRARE IL BAMBINO

COGNOME	NOME
NATO A	DATA DI NASCITA
GRADO DI PARENTELA	RESIDENTE A VIA Tel.

COGNOME	NOME
NATO A	DATA DI NASCITA
GRADO DI PARENTELA	RESIDENTE A VIA Tel.

Il richiedente dichiara che le informazioni sopra fornite corrispondono a vero e se ne assume ogni responsabilità ai sensi della vigente normativa.

INOLTRE

s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo della residenza o dell'attività lavorativa e ogni altra informazione rilevante.

Firma del richiedente _____

Associazione Legione dei Testimoni di Dio

Sede legale e operativa :Via Bovino, 43 00133 Roma (RM) - CF. 97043100581
Tel.: 06/2051805; cell. 339 1639087; e-mail: testimonididio@tim.it