



**RICHIESTA SERVIZIO
DI
PRE E POST TEMPO MENSILE**

Parrocchia
San Giacomo
Apostolo
Mandriola



Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

in qualità di genitore del bambino _____
(cognome e nome)

frequentante per l'a.s./a.e. _____ / _____

la SCUOLA DELL'INFANZIA

rossa

gialla

verde

blu

il NIDO

rossa

gialla

verde

blu

rosa

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire dei seguenti servizi mensili

MESE	PRE-TEMPO (7.30-8.30)	POST-TEMPO (entro le ore 17.00)	POST-TEMPO LUNGO (entro le ore 17.30)
<input type="checkbox"/> SETTEMBRE (solo per frequentanti anno precedente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OTTOBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DICEMBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GENNAIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FEBBRAIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MARZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> APRILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MAGGIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GIUGNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LUGLIO (solo per il nido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Firma del genitore

La richiesta va inoltrata almeno 5 giorni prima dell'inizio del mese scelto per il servizio.