



Comune di Bigarello

# FESTE IN ALLEGRIA... A GAZZO BIGARELLO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 genitore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_

**RICHIEDO L'ISCRIZIONE DI MIO FIGLIO A "FESTE IN ALLEGRIA... A GAZZO BIGARELLO"  
 che si svolgerà presso la Casa Cantoniera**

## MODULI ORARI E COSTI DEL SERVIZIO

Costo Mezza Giornata (ore 8:00-14:00) compreso il Pasto € 12,00  
 Costo Giornata Intera (ore 8:00-18:00) compreso il Pasto € 15,00  
 Costo Orario fino a 5 ore € 2,00

**NB: IN CORRISPONDENZA AL GIORNO, SCRIVERE L'ORARIO DI ENTRATA E DI USCITA E IL RELATIVO IMPORTO.**

GIORNI	Dalle ore	Alle ore	Euro
lunedì 16 febbraio 2015			€
martedì 17 febbraio 2015			€
giovedì 2 aprile 2015			€
venerdì 3 aprile 2015			€
martedì 7 aprile 2015			€
giovedì 23 aprile 2015			€
venerdì 24 aprile 2015			€
<b>Totale</b>			<b>€</b>

**SI ACCETTERANNO ISCRIZIONI PER UN NUMERO MASSIMO DI 15 BAMBINI.**

**Le ISCRIZIONI dovranno essere effettuate consegnando il MODULO COMPILATO + COPIA PAGAMENTO come segue:**

- **tramite Mail alla Coop. Mater al seguente indirizzo: [info@matermantova.it](mailto:info@matermantova.it)**
- **consegna diretta PRESSO LA CASA CANTONIERA SABATO 24 E 31 GENNAIO DALLE 12 ALLE 13,30**

**IL PAGAMENTO deve essere effettuato ANTICIPATAMENTE ENTRO IL 31 GENNAIO 2015**

- **CON BONIFICO intestato a "MATER COOPERATIVA SOCIALE" - IBAN:IT46D0335901600100000068230 CAUSALE: "ISCRIZIONE FESTE IN ALLEGRIA... A GAZZO BIGARELLO + NOME DEL BAMBINO"**
- **DIRETTO PRESSO LA CASA CANTONIERA SABATO 24 E 31 GENNAIO DALLE 12 ALLE 13,30.**

**INTOLLERANZE ALIMENTARI / ALLERGIE** (indicare eventuali problemi di salute e/o patologie rilevanti ai fini del corretto accudimento, comprese allergie e intolleranze alimentari, somministrazione di farmaci salvavita, ecc...)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di genitore di \_\_\_\_\_

COMUNICO che mio figlio \_\_\_\_\_

**LEGGE SULLA PRIVACY:** Autorizzo i gestori del servizio qui sopra offerto (Coop. Mater, Centro Aiuto alla Vita e il Comune di Bigarello), ad utilizzare i dati scritti in questo modulo e all'uso di pensieri, parole, immagini di mio figlio.  
 Bigarello, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_